

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

371

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Michel MAILHAC

né le 9 novembre 1931 à Mantes-Gassicourt (S. & O.)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1964

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA MOLE HYDATIFORME.

Président : Monsieur Jacques VARANGOT, *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Michel MAILHAC

né le 9 novembre 1931 à Mantes-Gassicourt (S. & O.)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA MOLE HYDATIFORME.

Président : Monsieur Jacques VARANGOT, *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Gaston CORDIER

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON
2^e ASSESSEUR Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Physique médicale	DESGREZ (H.)
Radiologie médicale	CAUCHOIX (J.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CONTE (M.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin LEGER (L.)
	Cochin ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SIGARD (A.)
	Tenon OLIVIER (G.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut MILLIEZ (P.)
	Broussais LENÈGRE (J.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SÈZE (S. de)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes) MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUR (H.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.

Anatomie	GABROL (G.)
	COUINAUD (G.)
	GILLOT (G.)
	OLIVIER (G.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.
	ABELANET (R.)
	CHOMETTE (G.)
	GOUYGOU (Ch.), m. conf.
	NEZELOFF (Ch.)
	ORCEL (L.)
Anesthésiologie	PAILLAS (J.)
	KERN (E.)
	VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch.
	CHRISTOL (D.)
	LE MINOR (L.)
	TOURNIER (P.)
	BAULIEU Et. m. conf.
	BOURILLON (R.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)
	DREYFUS (J.-Cl.)
	GONNARD (P.)
	KRUH (J.)
	JEROME (H.)
	PLAS (F.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	BOIRON (M.)
	DENOIX (P.)
	MATHE (G.)
	SELIGMANN (M.)
Carcinologie	GIVATTE (J.)
	DUPERRAT (B.)
Dermato-Syphiligraphie	LEDoux-LEBARD (G.)
	BESSIS (M.)
Electro-Radiologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
	DAUSSET (J.)
	DUHAMEL (G.)
	COUJARD (R.), pr. s. ch.
Hématologie	MARois (M.)
	RACADOT (J.)
	BESANÇON (F.)
Histologie	CORNET (A.)
	BOYER (J.) pr. s. ch.
Hygiène	BLANCHER (G.)
	CORRE-HURST (M ^{me} L.)
	SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)
	BASTIN (R.) Pr. s. ch.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
	FOURNIER (E.)
Médecine légale	GUENIOT (M.)
	HADENGUE (A.)
	ALBAHARY (C.)
Médecine du travail	PERTUISET (B.)
	LAPRESLE (J.)
Neuro-chirurgie	GRANJON (A.)
	HERVET (E.)
	LE LORIER (G.)
	LEVY (J.)
Neurologie	MORIN (P.)
	MUSSET (R.)
	ROBEY (M.)
	SENEZE (J.)
Obstétrique	SUREAU (C.)
	THOYER-ROZAT (J.)
	BRÉGEAT (P.)
	DUBOIS (A.)
Ophtalmologie	SARAUX (H.)

MM.

Orthopédie	JUDET (R.)
	MEARY (R.)
	POSTEL (M.)
	RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
	PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.)
	LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARGAT (J.)
	BINET (J.-P.)
	GERBONNET (G.)
	CHATELIN (C.-L.)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GARBAY (M.)
	GARNIER (H.)
	(Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES
	GERMAIN (A.)
	LATASTE (J.)
	LOYGUE (J.)
Pathologie exotique	MERCADIER (M.)
	NATALI (J.)
	PELLERIN (D.)
	PERROTIN (J.)
Pathologie expérimentale	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
	SCHNEIDER (J.)
	BENHAMOU (J.-P.)
Pathologie médicale	BERTHAUX (P.)
	BOIVIN (P.)
	GROSNIER (J.)
	HARTMANN (L.)
	LÉPER (J.) Pr. s. ch.
	MAURICE (J.)
	MIKOL (Cl.)
	RICHET (G.)
	AUSSANNAIRE (M.)
	BOUVIER (J.)
Pédiatrie-Puériculture	BOUVRAIN (Y.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CATINAT (J.)
	CHRÉTIEN (J.)
	GOBLENTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	ÉTIENNE (J.-P.)
	FREZAL (J.)
	FRITEL (D.)
	HENNEQUET (A.)
Pédiatrie-Puériculture	HIMBERT (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAROCHE (Cl.)
	LESOBRE (R.)
	LEVEQUE (B.)
	MACREZ (C.)
	MOREAU (L.)
	NICK (J.)
	ROYER (P.)
	TOURNEUR (R.)
Pédiatrie-Puériculture	WOLFROMM (R.)
	LAFOURCADE (J.)
	LEPERCQ (G.)
	MANDE (R.)
Pédiatrie-Puériculture	NOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (G.)
	ROSSIER (A.)
Pédiatrie-Puériculture	VIALATTE (J.)

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phthisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

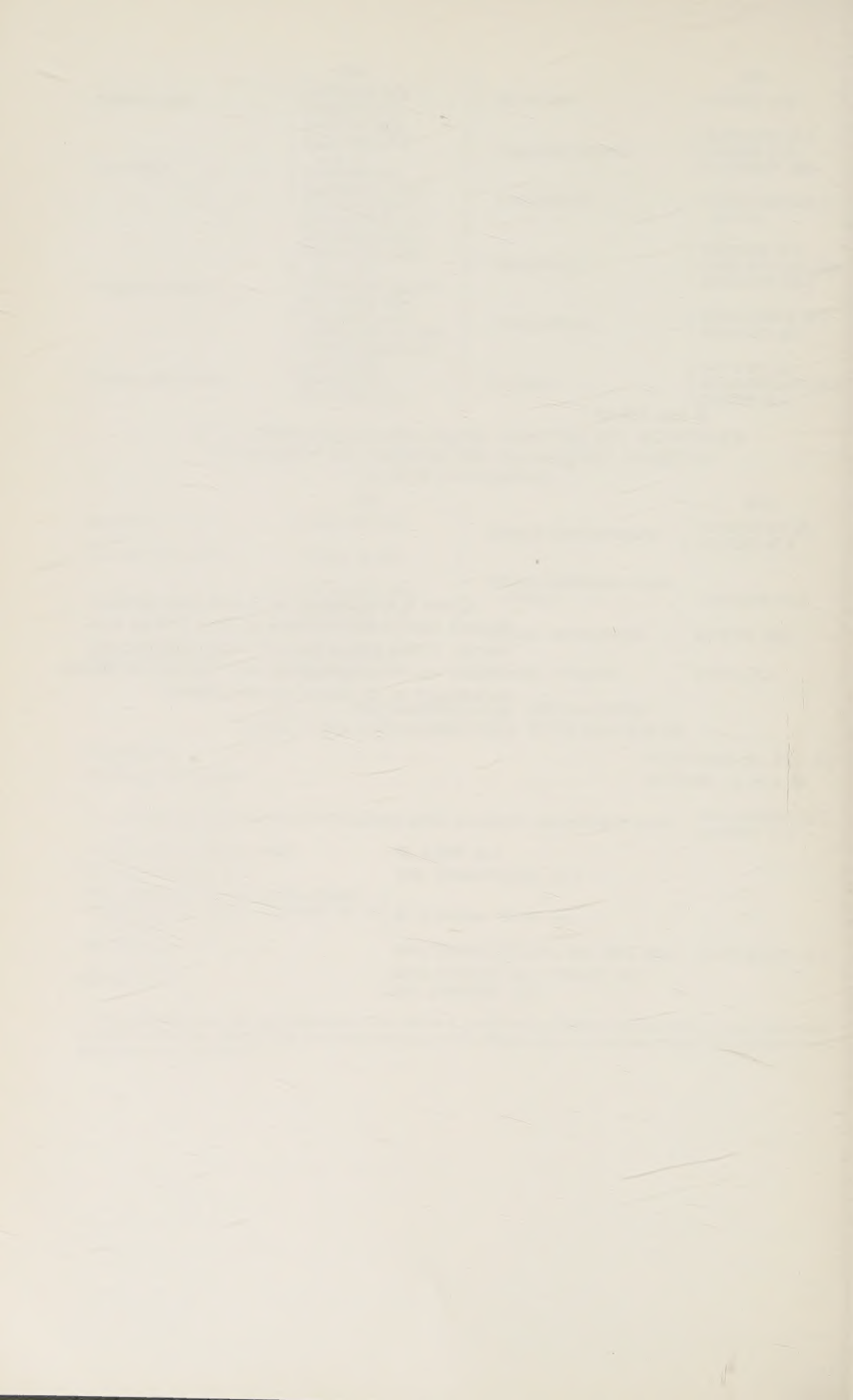
Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE	{ BOLTANSKI (E.) LAUNAY (G.)
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibl'othécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère.

C'est à son labeur et à ses sacrifices
durant tant d'années que je dois d'être mé-
decin. Cette thèse lui est particulièrement
dédiée en témoignage de mon immense recon-
naissance et de toute ma tendresse.



A ma Femme`

et à mes Enfants.



A la mémoire de mon ami Claude MANCIAUX,

Je n'oublierai pas son amitié et l'exemple
de sa vie courageuse.

A sa femme et à ses enfants.



A tous mes Amis.



A notre Maître, Monsieur le Professeur Jacques VARANGOT,

Titulaire de la Chaire de Clinique Obstétricale et
Gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris.

Chef de service de la Clinique Tarnier,

Membre des Académies de Médecine et de Chirurgie.

Qui nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui exprimons notre reconnaissance pour son enseignement et pour l'accueil qu'il nous a réservé dans son service, et nous l'assurons de notre très profond respect.



A notre Maître, Monsieur le Professeur Agrégé Paul MORIN,

Gynécologue-accoucheur des Hôpitaux de Paris,
Chef du service de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
En témoignage de notre profonde gratitude
pour son enseignement et l'accueil qu'il nous
a réservé dans son service, et pour la bien-
veillance qu'il a montré à notre égard en main-
tes circonstances. Nous lui adressons nos sen-
timents très respectueux et très reconnais-
sants.



A Monsieur le Docteur Jean BARRIER,

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris,

qui a bien voulu nous aider de ses conseils
dans la rédaction de ce travail. Nous lui
adressons nos sentiments très respectueux
et très reconnaissants.



A mes premiers Maîtres dans les Hôpitaux de Tours ,

Monsieur le Professeur Pierre VIALLE

Monsieur le Professeur Jean-Jacques LIEFFRING

Monsieur le Professeur Lucien DENOYELLE



A mes Maîtres d'Externat dans les Hôpitaux

Monsieur le Docteur Raymond BERNARD, in memoriam

Monsieur le Professeur Pierre MOLLARET

Monsieur le Professeur Agrégé Raymond BASTIN

Monsieur le Docteur René SUZOR

Monsieur le Professeur Agrégé Paul MORIN

Monsieur le Professeur Paul FUNCK-BRENTANO , in memoriam

Monsieur le Professeur Jacques VARANGOT

Monsieur le Professeur Agrégé André GRANJON

Monsieur le Docteur Albert NETTER

En hommage respectueux.



A nos Maîtres du Centre Henry Lassen
de l'Hôpital Claude Bernard

Monsieur le Professeur Agrégé Maurice RAPIN

Monsieur Jean-Jacques POCIDALO

Monsieur le Docteur Maurice GOULON

Monsieur le Professeur Agrégé Jacques LISSAC

Nous leur exprimons toute notre gratitude.



A tous les Chefs-adjoints, Assistants, Collaborateurs,
de mes Maîtres d'Externat dans les Hôpitaux.

A tous ceux qui m'ont enseigné et aidé au cours de mes
études.



P L A N

1re PARTIE : RAPPEL DES CONNAISSANCES SUR LA MOLE HYDATIFORME.

- CHAPITRE I Historique
 Etiologie
 Anatomo-pathologie
- CHAPITRE II Circonstances du diagnostic avant l'expulsion
 - Le diagnostic clinique
 - Le diagnostic biologique
- CHAPITRE III Conduite à tenir avant l'expulsion
- CHAPITRE IV Le diagnostic de môle au moment de l'expulsion
- CHAPITRE V L'avortement molaire
 - Ses caractères
 - Son traitement
- CHAPITRE VI Le problème de la surveillance des suites
 de l'avortement molaire.

2e PARTIE : 11 OBSERVATIONS RAPPORTEES

3e PARTIE : COMMENTAIRES

- CHAPITRE I Généralités
- CHAPITRE II Les faits cliniques

<u>CHAPITRE III</u>	Les faits biologiques
<u>CHAPITRE IV</u>	La conduite à tenir avant l'expulsion molaire
<u>CHAPITRE V</u>	L'avortement molaire
<u>CHAPITRE VI</u>	Le problème des suites de l'avortement molaire.

oOo

1^{re} PARTIE

RAPPEL DES CONNAISSANCES SUR LA MOLE HYDATIFORME



CHAPITRE I

I - HISTORIQUE

HIPPOCRATE voyait déjà dans la môle une cause d'avortement. RUYSCH, en 1691, décrit la môle comme un parasite du placenta. DE GRAAF, vers la même époque, décrivant le follicule ovarien, y voit la cause de la môle. Mais c'est à MARCHAND que l'on doit, en 1895, la première description moderne de la môle. Depuis MARCHAND, la môle a suscité et suscite toujours de nombreux travaux. Citons l'importance considérable du "Albert Mathieu Memorial chorio-epithelioma Registry", dont le premier directeur fut Emile NOVAK.

II - ETIOLOGIE

De nombreuses hypothèses tentant d'expliquer la pathogénie de la môle ont été formulées, dans des voies différentes ; mais il faut bien reconnaître qu'aussi séduisantes que soient certaines, aucune n'a pu être démontrée.

Pour FRAENKEL, l'apparition d'une môle serait liée à la diminution ou à l'absence d'une substance normalement présente dans le sérum de la femme enceinte normale. Cette substance s'opposerait à l'envahissement du tissu maternel par le trophoblaste. La grossesse normale résultant d'un équilibre harmonieux entre l'action trophoblastique et le barrage constitué par cette substance. Cet auteur voyait, dans l'exagération de ce pouvoir antitrophoblastique du sérum, une cause d'avortement spontané. A l'opposé, une diminution de ce pouvoir antitrophoblastique favoriserait l'apparition d'une môle.

Pour SMALLBRAAK, des perturbations endocriniennes favoriseraient l'apparition d'une môle. A l'appui de sa thèse, cet auteur cite les expériences de COURRIER et GROS : la castration chez la

chatte gravide entraîne la dégénérescence molaire.

Pour HERTIG et EDMONDS, des malformations foetales ou la mort du fœtus déclencheraient la dégénérescence molaire.

Pour LEPAGE et SCHRAMM, la disparition des vaisseaux de vaisseaux de la villosité serait la lésion primitive.

Enfin , parmi toutes ces hypothèses, il faut citer l'hypothèse de DE RUYCK, qui voit dans la môle une affection virale. Cet auteur, à partir de villosités molaires, a pu isoler un virus, l'inoculer dans la membrane allantoïdienne d'un oeuf de poule embryonné et obtenir une dégénérescence molaire de l'oeuf. Cette hypothèse, si séduisante, n'a malheureusement pu être vérifiée, car d'autres auteurs, voulant répéter l'expérimentation, n'y purent parvenir.

L'étiologie de la môle nous reste donc encore totalement inconnue. De même les circonstances favorisant l'apparition d'une môle.

- A partir de nombreuses séries d'observations, on s'est efforcé de discerner des facteurs susceptibles de favoriser l'apparition d'une môle.

En particulier, l'âge des malades. Certains auteurs avancent que la môle serait plus fréquente aux âges extrêmes de la vie génitale. D'autres travaux ne font nullement état de ce fait. En réalité, l'âge ne semble pas jouer de rôle particulier ; la môle peut s'observer à tous les âges, avec une fréquence sensiblement égale.

De même, la parité ne semble jouer aucun rôle favorisant.

Par contre, il est évident que la fréquence de la môle varie selon les régions du globe. Relativement rare dans nos régions, la môle est beaucoup plus fréquente dans les pays d'Extrême-Orient. On ignore pourquoi : Facteur racial, alimentaire, climatique, épidémique ?

- Les môles récidivantes sont vraiment exceptionnelles, mais il en existe réellement. On a observé deux grossesses molaires successives ou intercalées entre des grossesses non molaires. On a même publié le cas d'une femme ayant présenté plusieurs grossesses, toutes molaires.

III - ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA MOLE

La môle est une dégénérescence kystique des villosités chorionales.

- 1 - Macroscopiquement, cette dégénérescence kystique est évidente sur l'aspect dit en grappe de raisin ou en frai de grenouille, selon la taille des vésicules molaires. Vésicules molaire, caractéristiques, translucides, reliées entre elles par de fins filaments transparents.

On distingue les :

- môles partielles, les plus fréquentes, quand la dégénérescence n'intéresse pas tout l'oeuf ;
- môles totales, plus rares, quand cette dégénérescence intéresse l'oeuf dans sa totalité.

Quand à l'embryon, il a généralement disparu, dissous au sein de la môle.

Pourtant, il arrive qu'en même temps que la môle soit expulsé un embryon le plus souvent mômifié et malformé. Ces môles dites embryonnées sont rares.

Encore plus rares sont les grossesses molaire qui demeurent compatibles avec l'existence d'un enfant vivant. La grossesse molaire avec enfant vivant est possible, mais le pronostic foetal est toujours très sombre en raison des graves malformations que cet enfant présente invariablement.

- 2 - Microscopiquement, dans la forme habituelle, la villosité molaire est de très grande taille, tuméfiée par un oedème massif du stroma. La villosité a perdu sa vascularisation. L'épithélium de revêtement de la villosité présente un état de prolifération cellulaire extrêmement intense, prolifération intéressant à la fois la couche cellulaire, dite de Langhans, et le syncytium.

On observe une pénétration des vaisseaux sanguins, comme le fait le trophoblaste normal, mais on n'observe pas de destruction du myomètre.

- 3 - Enfin, il convient de citer dans ce chapitre, les kystes ovariens lutéiniques.

Ces kystes ovariens lutéiniques, observés dans les grossesses molaïres, sont inconstants, assez fréquents. Ils sont le plus souvent bilatéraux, pluri-lobulés, à contenu liquide. La régression de ces kystes après l'avortement molaïre est la règle, mais souvent leur involution demande plusieurs mois.

oOo

CHAPITRE II

CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC DE LA MOLE HYDATIFORME

I - ETUDE CLINIQUE AVANT L'EXPULSION

Le diagnostic de môle hydatiforme, évident au moment de l'expulsion des vésicules môleaires, est un problème difficile avant cet évènement. En effet, la môle hydatiforme, du fait de sa relative rareté, est rarement évoquée d'emblée. Ensuite, il n'existe pas cliniquement, du moins au début, de signes cliniques pathognomoniques de cette affection.

C'est pourquoi la plupart des publications font état de cette difficulté du diagnostic précoce.

Voyons, pour commencer, comment se présente généralement la môle hydatiforme au début.

Il s'agit le plus souvent d'une grossesse au début, évidente, car il existe un retard de règles, une augmentation du volume de l'utérus, des signes dits sympathiques. Mais cette grossesse, après un laps de temps, d'une durée de un à trois mois, où tout semble se dérouler normalement, devient anormale.

1 - Le symptôme majeur, qui apparaît quasi constamment, est un saignement, premier de tous les signes de môle. Ce saignement apparaît le plus souvent précocément, à la fin du premier mois, au cours du deuxième mois. Il est absolument indolore, survenant sans raison apparente, parfois capricieux, mais le plus souvent persistant. Son abondance est variable. Parfois minime : quelques métrorragies de sang noirâtre, parfois plus abondant, entraînant par sa persistance un état d'anémie et d'asthénie très prononcé. A l'extrême, et ce n'est pas exceptionnel, les métrorragies ont un tel caractère d'abondance, voire cataclysmique, que l'on

est contraint d'évacuer l'utérus d'urgence. Ainsi donc tous les degrés sont possibles. C'est dire l'importance diagnostique et pronostique de ce symptôme.

- 2 - A côté de ce saignement qui signe le caractère anormal de cette grossesse, l'examen physique montre des anomalies des caractères de l'utérus.

L'examen physique de cette femme enceinte qui saigne révèle une augmentation du volume utérin, un ramollissement du corps utérin caractéristiques de la gravidité. Mais, le plus souvent, on est frappé par la discordance qui existe entre le volume de l'utérus, objectivé par l'examen physique, et l'âge présumé de la grossesse, calculé selon la date des dernières règles.

L'utérus est en règle bien plus gros que normalement. Ainsi, pour une grossesse de deux mois et demi, retrouvera-t-on un utérus à l'ombilic. Serait-on prêt à douter de la date des dernières règles, que l'on serait frappé, en examinant ce gros utérus, de n'y retrouver, à la palpation, aucun ballotement foetal, de n'y ausculter aucun bruit du coeur foetal. On serait frappé aussi par la trop grande mollesse du corps utérin.

- 3 - Il arrivera aussi que l'on sente, dans les culs-de-sac vaginaux, l'existence de kystes de l'ovaire, que des examens antérieurs n'auraient jamais signalés.

La fréquence de ces kystes lutéaux paraît variable selon les publications.

- Pour CARTOUX, elle serait très grande,
- Pour PIGEAUD, on les rencontrerait 1 fois sur 3 .
- Pour COPPLESON, dans 27 % des cas.
- A l'opposé, pour SMALBRAAK, ils seraient rares : seulement 4 %.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'ils existent, ces kystes lutéiniques ont une valeur diagnostique très grande.

Ainsi donc, l'association à des métrorragies, de la constatation d'une augmentation anormale du volume utérin, doit faire évoquer le diagnostic de môle. A fortiori, si l'examen révèle l'existence de kystes ovariens fonctionnels.

- 4 - Classiquement, on décrivait l'expulsion de vésicules molaïres comme un symptôme de môle ; en fait, il semble que si cette expulsion de vésicules molaïres se produit, elle ne fait que pré-céder de très peu l'avortement molaire lui-même.
- 5 - En dehors de cette symptomatologie classique, et le plus souvent rencontrée, il est des circonstances où, certes, il existe des métrorragies, des anomalies utérines d'interprétation difficile, mais où dominent surtout des signes toxiques.

Ces circonstances ne sont pas rares.

- Signes toxiques, constitués plus banalement par un état d'anémie, d'asthénie, rapporté facilement au saignement ; des vomissements, des troubles digestifs plus marqués que d'ordinaire, au début d'une grossesse.

- Mais surtout, et cela doit faire évoquer la môle, associé ou non aux signes précédents, on se trouve en présence d'un syndrome de toxémie gravidique, que l'on peut rapprocher de celui observé dans le dernier trimestre de certaines grossesses.

- Syndrome de toxémie gravidique, marqué par des signes rénaux : une albuminurie, des oedèmes (alors qu'il n'existait pas d'antécédent pathologique rénal) ;

des signes vasculaires : une H.T.A., alors qu'il n'existait pas d'antécédent de cet ordre.

- Généralement, ce syndrome toxique ne laisse pas de séquelle, ne compromet pas la vie de la malade, et guérit spontanément avec l'évacuation de la môle.

- Mais, dans certains cas, il peut prendre des proportions dramatiques, allant jusqu'à l'éclampsie (Observations de MOORE et de LOGAN).

- La fréquence de ce syndrome toxique, au cours de l'évolution de la môle, varie selon les auteurs. Pour CARTOUX, il existe - rait une albuminurie dans 50 % des cas. Pour d'autres, elle se - rait beaucoup moins grande.

Néanmoins, de très nombreux auteurs soulignent l'importance diagnostique de ce syndrome toxique (MERGER, PIGEAUD, GARNIER, RUFFOLO, MOORE, QUIGLEY, SMALBRAAK).

- Le mécanisme de ce syndrome toxique est peu connu. Les avis sont différents.

. Pour SMALBRAAK, ce syndrome serait propre aux môles d'accroissement rapide, à celles dont l'évolution s'accompagne d'un taux très élevé de gonadotrophines et d'un abaissement très net du taux des oestrogènes.

. Pour LEPAGE, l'hypertension serait liée à la présence dans le sang maternel d'une substance vasopressive d'origine placentaire.

En conclusion, on peut dire qu'il est possible d'évoquer et que l'on doit évoquer le diagnostic de môle quand une femme enceinte présente, au cours du premier trimestre de sa grossesse, des métrorragies, des anomalies du volume de l'utérus, a fortiori quand elle présente des kystes ovariens, paraissant fonctionnels, et surtout quand existe un syndrome de toxémie gravidique.

Mais la seule clinique ne peut affirmer le diagnostic ; il appartient aux examens complémentaires, au premier desquels il faut placer l'étude des prolans, de préciser sinon de rendre certain ce qui ne peut être qu'une hypothèse.

II - LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Différents examens complémentaires peuvent aider au diagnostic de la môle hydatiforme, mais leur valeur et leur fidélité sont variables.

- 1 - Au premier rang de ces examens, figure le dosage des prolans, qui a une grande valeur à la fois diagnostique et pronostique pour la surveillance des suites de la môle.

Pour tous les auteurs, l'étude des prolans revêt une importance considérable ; cependant, la confrontation des chiffres retrouvés dans les différentes publications appelle des réserves d'interprétation.

En effet, il faut tenir compte des erreurs de technique et d'interprétation personnelle chaque fois qu'il s'agit de dosages biologiques. De plus, alors qu'en France l'unité adoptée, à la suite des travaux de HINGLAIS, est l'Unité Lapine (U.L.), à l'étranger les auteurs ont adopté des unités différentes : Unités-Souris et Unités-Rats. D'autres ont utilisé d'autres animaux tels que des grenouilles.

C'est dire combien est délicate la confrontation de résultats exprimés en unités différentes ou convertis en unités plus familières pour nous.

Soulignons aussi que de tels dosages ne peuvent être confiés qu'à des laboratoires spécialisés dans ces méthodes.

- Rappelons le principe général de la méthode : Il existe, dans le sang et dans l'urine de la femme enceinte ou atteinte de tumeur placentaire, une certaine quantité d'hormone, dite prolane B de Zondeck, hormone chorionique.

- La détermination qualitative de cette hormone dans les différents tests de grossesse (ASCHEIM-ZONDECK, FRIEDMANN, BROUHA-HINGLAIS, SIMONNET, GALLI-MAININI) est à la base du diagnostic biologique de la grossesse.

- Le dosage quantitatif de l'hormone chorionique chez la lapine repose sur le même principe.

On définit l'Unité-Lapine comme étant la plus petite quantité d'hormone qui, en une seule injection, détermine, chez la lapine de 2 kilogrammes, 48 heures après, la formation d'au moins un follicule hémorragique sur au moins un ovaire. Les méthodes quantitatives reposent toutes sur la recherche de la dose limitaire entraînant une réaction limite, mais nettement appréciable. On pose, par principe, que l'hormone gonadotrope est sécrétée par le trophoblaste et que la quantité d'hormone produite, circulant dans les humeurs, est proportionnelle à la quantité et à la qualité de ce tissu.

Ainsi, selon les taux de prolans B, HINGLAIS a distingué trois niveaux d'activité placentaire (en U-Lapine).

(Cf. tableau p. 10)

En ce qui concerne la grossesse normale, il faut rappeler que les taux de prolans B se situent entre 500 et 5.000 unités, avec un taux maximum vers le terme de 2 mois 1/2. Après le terme de 2 mois 1/2, le taux va en diminuant, malgré l'accroissement du placenta, car à cette époque les cellules de Langhans qui les sécrète commencent à disparaître progressivement.

La môle hydatiforme sécrète des quantités beaucoup plus importantes. Mais d'autres causes sont susceptibles de provoquer la même élévation : par exemple, la grossesse gémellaire, certaines grossesses par ailleurs absolument normales.

Aussi, l'interprétation des chiffres doit elle être prudente, et surtout s'aider de la confrontation clinique.

Hypoactivité	Normale	Hyperactivité
- 0 à 25 U. L. (<u>Pas de grossesse</u>) - 0 à 100 U. L. (<u>Résultat incertain</u>) - 100 à 800 U. L. (<u>Grossesse interrompue</u>) - 800 à 1.000 U. L. (<u>Résultat incertain</u>)		
	1.000 à 5.000 U. L. Grossesse normale	
		5.000 U. L. à 50.000 U. L. : Grossesse toxique, <u>mais pas</u> <u>nécessairement môle.</u> <u>Par exemple ,</u> <u>gémellaire, toxémie</u> <u>gravidique.</u> 60.000 à 1.000.000 U. L. ou plus. <u>Môle hydatiforme certaine, chorio-</u> <u>épithéliome.</u>

Pour BRINDEAU et HINGLAIS, la môle est certaine si le taux de prolans B est de 60.000 U. ou plus . On se souviendra cependant que l'on a vu une grossesse normale évoluer avec un taux de prolans de 1 million d'unités. Au contraire, on a vu des môles avec des taux voisins de la normale.

- 2 - A côté de l'étude de la prolanurie, de nombreux auteurs se sont attachés à l'étude des stéroïdes urinaires au cours de l'évolution de la môle hydatiforme. Ces résultats étant ensuite comparés aux taux d'excrétion d'une grossesse normale, du même âge.

Ces dosages portent sur les taux urinaires du :

- Prénandiol,
- des oestrogènes,
- des 17 cétostéroïdes.

Les résultats paraissent souvent contradictoires, et de peu de valeur pour le diagnostic de môle.

- 3 - Certains auteurs ont pratiqué, au cours de l'évolution de môles, des dosages de F.S.H. qui se sont généralement montrés normaux.

III - CONCLUSION

Ainsi, nous avons vu la difficulté de ce diagnostic, difficulté qui tient, selon nous, à deux faits.

Le premier de ces faits est que la môle, affection rare, il est vrai, est rarement évoquée. On y pense trop peu.

Le deuxième fait est que la symptomatologie de la môle est banale, du moins au début de son évolution. L'apparition de métrorragies au début d'une grossesse évoque plus la menace d'avortement simple ; même si elles s'associent à une disproportion du volume utérin ou à des signes toxiques, ceux-ci sont plus facilement rapportés à une grossesse gémellaire ou à une erreur sur le calcul de l'âge de la grossesse. Ceci étant pour les données cliniques.

Quant aux résultats de l'investigation biologique, nous avons vu l'inutilité, en l'occurrence , des dosages des stéroïdes urinaires. Dosages qui sont souvent pratiqués, car l'on pense, à tort, généralement à une menace d'avortement simple.

Un seul dosage, il faut le souligner, a une grande valeur, sinon absolue, c'est le dosage des Prolans B.

Mais il faut penser à le pratiquer. S'il est fait, il apporte dans la plupart des cas le diagnostic. Mais, nous l'avons déjà dit, ceci n'est pas absolu.

En pratique, souvent le diagnostic de môle n'est pas fait avant l'expulsion.

oOo

CHAPITRE III

CONDUITE A TENIR AVANT L'EXPULSION

= Si le diagnostic de môle paraît probable, sinon quasi certain, on pourrait être tenté d'adopter une attitude active. En fait, la môle, évoluant invariablement vers son expulsion, il n'y a aucun intérêt à précipiter les choses. D'autant plus, répétons-le, que le diagnostic de môle n'est jamais certain. En effet, l'élément le plus solide du diagnostic : le dosage des prolans, connaît parfois des défaillances. Citons l'observation de HAMBURGER qui, pour une grossesse évoluant avec un taux de Prolans de 900.000 U.R., pratiqua une hystérotomie évacuatrice et découvrit une grossesse évoluant normalement.

= En l'absence de complications, rien ne justifie valablement l'évacuation utérine.

= Par contre, celle-ci sera indiquée quand l'évolution de la môle mettra en danger la malade, du fait de l'abondance et de la répétition des métrorragies, ou en raison du syndrome toxique, voire pré-éclamptique, qu'elle pourra entraîner. Ce sont, à notre avis, les seuls cas où l'évacuation utérine est indiquée. Evacuation utérine par curage digital, précédée de pose de lamineaires.



CHAPITRE IV

LE DIAGNOSTIC DE MOLE AU MOMENT DE L'EXPULSION

Ainsi que nous l'avons déjà souligné, le diagnostic de môle n'est pas souvent fait avant l'expulsion spontanée. Nous avons dit pourquoi. C'est donc sur l'aspect caractéristique des vésicules môlaïres, au cours d'un avortement, que le diagnostic d'avortement môlaire s'impose. Il en est le plus souvent ainsi, mais il est des cas où la dégénérescence môlaire n'a rien d'évident et où, pour l'affirmer, il faut s'aider de l'examen d'anatomo-pathologie microscopique. Ainsi, tel avortement spontané, intitulé banal à première vue, pourra-t-il être secondairement, après l'examen, considéré comme môlaire. Fait absolument capital pour le pronostic ultérieur et pour la surveillance.

Ces formes inapparentes, microscopiques, seraient plus fréquentes qu'on ne le pense généralement. C'est pourquoi l'examen anatomo-pathologique devrait être pratiqué après chaque avortement spontané. Cette notion, sur laquelle insistent de nombreux auteurs (MERGER), nous paraît d'un très grand intérêt.



CHAPITRE V

L'AVORTEMENT MOLAIRE

L'avortement molaire représente l'évolution habituelle de la môle hydatiforme. Différent de l'avortement spontané simple, il expose fréquemment à des complications immédiates, surtout hémorragiques, qui font toute sa gravité.

C'est pourquoi nous voulons souligner la nécessité qu'il y a à transporter toute malade faisant un avortement molaire en un milieu spécialisé, disposant de tous les moyens de réanimation nécessaires.

- La date de l'avortement molaire est variable.

Généralement, il survient entre le 3^e et le 6^e mois, rarement avant le 3^e mois, parfois après le 6^e mois (dans ce dernier cas, il s'agit souvent de mûles mortes retenues qui posent des problèmes différents, beaucoup moins graves généralement dans l'immédiat).

- Parfois précédé d'une recrudescence des métrorragies, ou d'expulsion de quelques vésicules molaires, qui en signe l'imminence, l'avortement molaire est le plus souvent incomplet.

- La rétention de tissu molaire est en effet l'éventualité la plus fréquente, exposant aux complications.

Complications au premier rang desquelles il faut placer les hémorragies, qui font la gravité de cet avortement molaire. Hémorragies liées à la rétention molaire et à l'atonie utérine qui l'accompagne presque toujours. Cette hémorragie, souvent importante, parfois

dramatique, impose la révision utérine d'urgence, aidée des gestes de réanimation.

La révision utérine, connaissant la fragilité de ces utérus atones, ignorant le degré exact de pénétration de la môle dans le myomètre, doit toujours être extrêmement prudente.

La majorité des auteurs recommandent le curage digital, qui leur paraît être le geste le moins dangereux. Mais un certain nombre estiment que ce curage distal est souvent avantageusement complété par un curetage très prudent à la grosse curette mousse.

Cette révision utérine suffit généralement à traiter l'hémorragie. Elle doit être complétée par un traitement par les ocytociques (du type des dérivés de l'ergot de seigle) et il va sans dire que toute spoliation sanguine notable doit être corrigée par les transfusions isogroupes et Rh compatibles.

Quant aux complications infectieuses, jadis fréquentes, elles sont maintenant rares du fait de la prescription systématique d'un traitement antibiotique.

Tels sont les caractères de l'avortement molaire et telle est notre attitude devant un tel accident.

On ne manquera pas, évidemment, de confier les débris molaire à l'examen anatomo-pathologique qui confirmera le diagnostic et tentera de porter un pronostic histologique.

Après un traitement correct, les suites immédiates de l'avortement molaire sont généralement simples. En règle, les métrorragies persistent quelques jours, en perdant progressivement de leur abondance. L'utérus reprend rapidement son volume et sa tonicité normales. Les kystes lutéiniques, s'ils existent, sont plus longs à disparaître. On ne manquera pas de pratiquer une radiographie pulmonaire.

On n'observe pas de phénomènes infectieux. Les signes toxiques, s'ils existaient, s'amendent rapidement, sans séquelles, rénales en particulier.

Tout paraît rentrer dans l'ordre, mais commence alors la difficile période de surveillance clinique et biologique des suites de l'avortement molaire.

Surveillance étroite, qu'impose la menace de l'apparition d'un chorio-épithéliome, dont on connaît le terrible pronostic et dont on sait que la seule chance de guérison réside dans un diagnostic précoce.

CHAPITRE VI

LE PROBLEME DE LA SURVEILLANCE DES SUITES DE L'AVORTEMENT MOLAIRE

Nous l'avons vu la menace d'apparition d'un chorio-épithéliome dans les suites d'un avortement molaire doit toujours être à l'esprit du médecin, en raison de l'extrême gravité de cette complication.

Il est donc nécessaire de faire un diagnostic précoce. Quels sont les critères du début de cette affection ? Ils sont de deux ordres : clinique et biologique.

I - LES SIGNES CLINIQUES

Nous l'avons déjà dit, le plus souvent, les suites de l'avortement sont simples. Après l'expulsion molaire et la révision utérine, les métrorragies diminuent, puis disparaissent, l'involution utérine se fait correctement, les kystes lutéiniques s'effacent. Quant aux troubles généraux, dont la môle pouvait être responsable, c'est-à-dire les signes rénaux, l'hypertension artérielle, ils s'amendent progressivement. Parallèlement à cette évolution clinique favorable, la surveillance biologique confirme cette impression.

Mais parfois (1 fois sur 10 environ), il en est autrement, et l'on craint l'apparition d'un chorio-épithéliome.

- Les métrorragies, après avoir plus ou moins complètement disparu, réapparaissent ; leur abondance peut être variable. Associé à ces métrorragies, l'examen physique retrouve un utérus qui n'a pas fait son involution parfaitement : il reste gros et mou. Les kystes lutéiniques qu'il avait trouvés pendant l'évolution de la môle n'ont pas régressé, ils ont même pu augmenter de volume. Ou bien alors ils sont apparus après l'avortement molaire.

La constatation clinique de ces kystes lutéiniques est fréquente :
pour MERGER, 62 % ; pour NOVAK, 10 %.

- A côté de ces signes fonctionnels et physiques, l'examen ne manque pas de remarquer une fréquente atteinte de l'état général, faite d'asthénie, de pâleur.

Tous ces signes font évidemment suspecter la survenue d'un chorio-épithéliome et, pour confirmer cette impression, on doit alors s'aider d'examens complémentaires, dont la valeur est variable.

II - LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- 1 - Les dosages des stéroïdes urinaires. Comme pour le diagnostic de môle, on a essayé, en dosant les stérpïdes urinaires, de prévoir l'apparition d'un chorio épithéliome.

PIGEAUD avait cru voir dans l'élimination excessive du pré-gnandiol un signe de valeur. On a reconnu par la suite la fragilité de cette hypothèse.

D'autres auteurs ont été frappés par l'élévation fréquente du taux des oestrogènes en cas de chorio-épithéliome. Rien n'a été tranché à ce sujet.

- 2 - Des dosages de F.S.H. ont été aussi pratiqués; ils ont été tout aussi décevants que les dosages des stéroïdes urinaires.
- 3 - L'hystéroggraphie, par contre, apparaît comme un examen très intéressant. Certains auteurs la rejettent comme étant dangereuse, en raison du risque de dissémination qu'elle peut entraîner. Ce risque s'il existe, n'a pu être démontré.

Néanmoins, si l'on pratique une hystéroggraphie, la technique doit être prudente : manoeuvre douce de traction sur le col et d'introduction de la canule. Injection à basse pression du produit de contraste, hydrosoluble de préférence. Enfin, traitement préventif par les antibiotiques administrés par voie générale.

Dans ces conditions, il semble que l'on se mette à l'abri d'incidents.

- L'hystéroggraphie est ainsi capable de montrer une image anormale de la cavité utérine. Le plus souvent, une lacune au bord festonné ou marécageux. Ou encore, une amputation d'une corne.

Certes, de telles images n'ont rien de pathognomonique, et peuvent être seulement l'expression de résidus molaire. Mais la prudence commande alors d'en faire la preuve, soit par un curetage biopsique très prudent que certains pratiquent, soit par l'hystérectomie totale.

Notons qu'une hystérogaphie normale ne permet pas d'éliminer l'hypothèse d'un chorio-épithéliome, car celui-ci peut très bien avoir un siège intra-mural et échapper ainsi à l'examen radiologique.

- 4 - Nous avons cité plus haut le curetage biopsique ; certains auteurs y recourent d'emblée ou après avoir pratiqué une hystérogaphie. Il est bien évident que ce curetage doit être fait avec le maximum de prudence. Il a, bien sûr, l'avantage de faire soumettre à l'examen histologique une lésion sur la nature de laquelle on ne pouvait qu'émettre une hypothèse. Il est bien entendu aussi que le curetage biopsique, comme l'hystérogaphie, est insuffisant lorsque le siège du chorio-épithéliome est intra-mural. Il n'en est pas moins vrai que le curetage biopsique, succédant à l'hystérogaphie et conduit par elle, est un examen complémentaire d'une grande valeur pour le diagnostic de chorio-épithéliome.

Pour NOVAK et SEAH, dans une de leurs séries, le curetage biopsique a apporté le diagnostic dans 17 % des observations.

- 5 - En fait, l'examen complémentaire majeur reste le dosage des prolans. C'est sur lui que repose le principe de la surveillance des suites de la môle. La valeur de la méthode n'est plus à démontrer. Tous les auteurs s'accordent pour en reconnaître la primauté et la nécessité.

Le taux des prolans est considéré, depuis les travaux de BRINDEAU et HINGLAIS, comme le seul critère valable de dégénérescence. Après tout avortement molaire, ce dosage doit être pratiqué et répété. On établira ainsi une courbe de prolans dont l'aspect permettra de juger de l'évolution.

On peut aussi envisager plusieurs possibilités :

- 1 - Le retour rapide de la courbe au zéro témoigne de l'élimination totale du tissu chorial et affirme la guérison. Il est évident que la surveillance devra être poursuivie pendant un an, à raison d'un dosage par mois. Le maintien du taux au voisinage du zéro confirmera la guérison.

Une remarque s'impose : il est formellement indispensable que la femme ne devienne pas enceinte pendant la période

de surveillance, car, dans le cas contraire, l'interprétation des dosages deviendrait impossible.

2 - Si, à des examens successifs, le taux de prolans, sans tomber rapidement, baisse néanmoins progressivement, on fera des titrages plus nombreux et l'on surveillera l'évolution clinique plus attentivement. De tels cas sont fréquents et traduisent la rétention de débris molaire qui s'éliminent progressivement.

A ce propos, certains auteurs, dans le but de hâter la guérison, ont pratiqué un curetage, curetage suivi généralement d'une chute du taux des prolans. Ces auteurs (ECALLE et BRIAND) insistent sur le fait que cette attitude ne doit être adoptée que si l'on n'a pas assisté à une remontée du taux des prolans. Ils n'admettent cette thérapeutique que pour des taux relativement bas des prolans et à une date assez rapprochée de l'avortement (quelques semaines). On a pu ainsi éviter une intervention mutilatrice chez des femmes jeunes, désireuses d'avoir d'autres enfants.

3 - La courbe des prolans montre une ascension franche, au-dessus de 5.000 U., montant progressivement à chaque titrage successif (que l'on rapprochera tous les cinq jours, par exemple). Les taux de 1 million et plus sont, dans ces cas, fréquents. Il faut alors pratiquer l'hystérectomie sans discussion, car le diagnostic est alors certain.

4 - Il est des cas difficiles où, chez des femmes jeunes (pour qui on hésite à faire une hystérectomie d'emblée), on assiste à la persistance, sans réascension forte, d'un taux de prolans notable, entre 1.000 et 5.000 U. Dans ces cas, on pourra, dans le but de ne pas mutiler inutilement, pratiquer d'abord un curetage explorateur et évacuateur, et confronter ensuite les données cliniques et biologiques avec l'examen histologique. Répétons que cette attitude n'est valable que pour des femmes jeunes, désireuses d'avoir ultérieurement des enfants.

Tout ceci montre que, dans bien des cas, l'interprétation des taux de prolans est difficile, parfois même angoissante. Dans cette situation, la prudence, à notre avis, doit malgré tout l'emporter. Bien sûr, il est navrant de pratiquer une hystérectomie inutile chez une femme jeune, mais c'est un drame de laisser passer, en temporisant la seule chance de guérison du chorio-épithéliome qui demeure l'hystérectomie totale précoce.

2e PARTIE

ONZE OBSERVATIONS RAPPORTEES



OBSERVATION N° 1

Madame RAB. . . , âgée de 31 ans, consulte pour des métrorragies au cours de la grossesse.

Antécédents :

7 accouchements normaux à terme ; 2 fausses couches non curetées.

Histoire actuelle :

10^e grossesse ; D. règles du 19 au 24 février 1958. Consulte le 29.5.58 pour des métrorragies. Grossesse de 2 mois 1/2 mais utérus manifestement plus gros que l'âge de la grossesse ne le laissait prévoir ; remontant jusqu'à deux travers de doigts en dessous de l'ombilic ; col fermé.

- Le 21.5.1958. A l'examen on trouve au T. V. : 1 col perméable à l'orifice externe ; le doigtier ramène un peu de sang. Corps utérin comme 4 mois 1/2.

On porte le diagnostic de menace d'avortement simple et l'on prescrit un traitement par la progestérone et la vitamine E.

Le 31.5.1958. Au 3^e mois de la grossesse, la malade entre dans le service pour une hémorragie de sang rouge très importante. Devant l'importance du saignement, on décide de pratiquer l'évacuation utérine par un curage digital complété par un curetage ; évacuation utérine ramenant de très nombreuses vésicules môleuses, pesant en tout 1.300 g. On est obligé de pratiquer une réanimation par des transfusions de sang et de plasma.

Suites immédiates excellentes :

Bonne rétraction utérine ; on ne note pas l'existence de masse latéro-utérine.

- L'examen histologique pratiqué par le Dr ORCEL, confirme le diagnostic :

"Histologiquement, la presque totalité des villosités est de type molaire et leur revêtement trophoblastique prolifère très activement. J'ai identifié également des fragments de caduque discrètement inflammatoire. Je n'ai pas relevé d'aspect de chorio-épithéliome".

- On pratique des contrôles biologiques répétés aux 4e, 6e, 19e jour et à la 5e semaine : ces taux de prolans sont toujours en-dessous de 1.000 Unités-Lapine.

- La malade ne se représente plus à la consultation. En septembre 1963 on apprend que son état est satisfaisant.

- On considère la malade comme guérie.

OBSERVATION N° 2

Madame JOUR... Louise, âgée de 40 ans, entre dans le service pour grossesse menacée. On note dans les antécédents : 15 grossesses.

Histoire actuelle :

Dernières règles du 10 au 13.11.1960. Apparition de métrorragies en février 1961. La malade est vue à ce moment là : on ne note rien de spécial en dehors du saignement. Le col est fermé, l'utérus en rapport. On porte le diagnostic de menace d'avortement.

En mai 1961 la malade est revue alors qu'elle est enceinte de 5 mois 1/2 (selon la date des dernières règles). Le col est long, fermé. Mais l'utérus ne paraît gravide que de 2 mois.

Des examens sont pratiqués :

- Un bilan hormonal de grossesse le 3.2.1961, par le Pr. JAYLE, à la 12^e semaine:

volume urinaire	1020 cc/24 h.
créatinine	0,98 g/24 h
prégnandiol	9,7 mg/24 h
folliculine	125 μ g/24 h
17 cétostéroïdes	8 mg/24 h.

"Elimination normale du pregnandiol, mais existence d'une insuffisance folliculinique sévère pour une grossesse d'environ 2 mois I/2. Taux normal des 17 cétostéroïdes";

- Le 15.5.1961, la réaction biologique de grossesse est positive.

- Le 17.6.1961, la malade est revue pour des hémorragies de

sang rouge assez abondantes, précédant l'expulsion spontanée d'une môle pesant 550 g. On pratique une révision utérine par curage, complété par un curetage.

- L'examen histologique pratiqué par le Dr ORCEL , confirme le diagnostic de môle.

" Sur ces fragments placentaires, un grand nombre de villosités sont distendues par l'oedème et présentent des lacunes pseudokystiques plus ou moins larges; par endroits, le revêtement est proliférant et présente quelques atypies cytologiques : c'est l'aspect de villosités môleaires. D'autres villosités également volumineuses et plus ou moins oedémateuses évoluent vers la fibrose, ce qui peut s'observer dans les môles. Dans l'ensemble, ces villosités sont très peu vasculaires. J'ai identifié par ailleurs des petits segments de caduque nécrobiotique. Pas de signe de transformation maligne sur les coupes examinées".

- La malade sort, et ne se représente plus dans le service.

Le 25.2.1964, on apprend que la malade a quitté Paris, qu'elle n'a pas été enceinte depuis l'avortement môleaire, qu'actuellement son état est satisfaisant.

Est considérée comme guérie.

OBSERVATION N° 3

Madame ROU... Raymonde, âgée de 43 ans, est vue dans le service pour grossesse anormale.

Antécédents :

5 grossesses ; pas de fausse couche.

Histoire actuelle :

Dernières règles du 15 au 18.12.58. A partir du 3e mois, apparaissent des métrorragies noirâtres, peu abondantes, se reproduisant chaque matin, en même temps que se manifestent des signes toxiques, faits de vomissements abondants, de palpations, de pâleur.

A l'examen local on ne note rien d'anormal, l'utérus paraît en rapport avec l'âge prévu de la grossesse.

- Le 23.4.1959, on note la persistance de métrorragies. A l'examen : utérus correspondant à une grossesse de 4 mois. Le col est long, fermé.

- Le 29.4.1959, on porte le diagnostic de menace d'avortement simple et l'on demande un bilan hormonal de grossesse, à la 18e semaine, qui est pratiqué par le Pr. JAYLE.

volume urinaire	1270 cc/24 h
créatinine	1 g /24 h.
GBS 13	34,8 mg/24 h
prégnandiol	20,3 mg/24 h
folliculine	320 μ g/24 h

" D'après le taux normal des GBS 13 et du prégnandiol il est possible que cette grossesse soit en évolution, mais le taux très faible de la folliculine est d'un pronostic réservé. Pour conclure, nécessité

de refaire des dosages après traitement d'épreuve aux oestrogènes de synthèse pendant 10 à 15 jours".

- Le 16.5.1959, persistance des métrorragies. Hospitalisation pour menace d'avortement.

A la 22e semaine, on pratique de nouveau un bilan hormonal;

volume urinaire	1.000 cc/24 h
créatinine	0,68 g/24 h
GBS 13	27 mg/24 h
prégnandiol	9,6 mg/24 h
folliculine	400 μ g/24 h

Conclusion du Pr JAYLE :

"Grossesse très probablement arrêtée avec élimination résiduelle des stéroïdes neutres et de la folliculine".

- Le 1.6.1959, hémorragie importante de sang rouge, précédant l'expulsion spontanée d'une môle pesant 550 g.

On pratique une révision utérine par curage complété par un curetage à la grosse curette mousse. Suites immédiates simples. Réanimation par 500 g de sang.

- Le 31.7.1959, on pratique un dosage des prolans : 5.000 L. Lapine.

- Le 11.8.1959, la malade est de nouveau hospitalisée pour des métrorragies peu abondantes, spontanées, indolores. L'état général est bon. On décide de faire une hystérectomie totale pour suspicion de développement d'un chorio-épithéliome.

- Le 12.8.1959. On pratique l'hystérectomie totale sans conservation annexielle. On note qu'il n'y a pas de kystes lutéiniques.

- Les suites opératoires sont simples.

La pièce est examinée histologiquement par le Dr. ORCEL :

" J'ai pratiqué de nombreux prélèvements sur cette pièce. En effet à la coupe macroscopique sagittale, il existait une multitude de plages d'aspect hémorragique et nécrobiotique, mordant profondément sur le myomètre. Ces plages répondent à un foyer nécrobiotique et hémorragique contenant des villosités placentaires profondément modifiées. Certaines sont encore oedémateuses ; d'autres très volumineuses, présentent une évolution vers la sclérose ; d'autres enfin sont plus petites et fortement fibrosées.

Parmi ces villosités, les plus volumineuses présentent un caractère nettement molaire. Elles sont entourées d'une prolifération trophoblastique syncytiale et choriale extrêmement accusée.

Il est très difficile de juger de l'extension de cette môle vers le myomètre, mais l'impression générale n'est pas celle d'une pénétration destructrice caractéristique d'un chorio-épithéliome. Ceci malgré l'existence de villosités à revêtement trophoblastique proliférant dans les lacunes vasculaires. Je pense que l'on est ici en présence d'une môle invasive ou chorio-adénome destruens ".

Le 27.1.1960 , 5 mois après l'hystérectomie le taux de prolans est inférieur à 1.000 U.L.

Ne se représente plus dans le service.

La malade est revue le 25.2.1964, son état est satisfaisant.

Est considérée comme guérie.

OBSERVATION N° 4

Madame HOF... Henriette, âgée de 26 ans, consulte dans le service pour des métrorragies au cours de la grossesse.

Dans ses antécédents on note 2 grossesses normales en 1955 et 1956.

Histoire actuelle :

Admission dans le service pour métrorragies, avec émission de caillots. Date des dernières règles imprécise, environ 3 à 4 mois auparavant. Saigne en permanence depuis 1 mois 1/2.

A l'examen , le 22.12.1959, on note un corps utérin dépassant la symphyse pubienne de 10 cm. Au toucher vaginal on perçoit le col largement perméable à 2 doigts et le placenta faisant issue dans le vagin.

A l'expulsion de celui-ci on remarque qu'il présente de nombreuses vésicules, imposant le diagnostic de môle.

- On pratique une révision utérine par curetage qui ramène d'assez nombreux débris placentaires. Les suites immédiates sont simples.

- Le 30.1.1960, 5 semaines après l'avortement molaire le taux des prolans est inférieur à 1.000 Unités Lapine.

- La malade , foraine, ne se représente plus dans le service.

Peut être considérée comme guérie.

OBSERVATION N° 5

Madame VAN G... Andrée, âgée de 25 ans, est admise dans le service pour métrorragies, survenant au cours d'une grossesse.

Antécédents :

Une fausse-couche provoquée.

Histoire actuelle :

Dernières règles du 11 au 14.12.1960, les métrorragies commencent d'apparaître après un retard de règles de 15 jours. L'utérus ne semblant pas correspondre à l'âge de la grossesse : utérus beaucoup plus gros que normalement.

A la 7e semaine un dosage des prolans est pratiqué, le 21.2.1961 : 15.000 Unités-Lapine, ainsi qu'un dosage des stéroïdes urinaires :

prégnandioli	: 15 mg
folliculine	: 940 μ g
17 céto-stéroïdes.	

Conclusion : Prégnandioli et 17 céto-stéroïdes ont peu augmentés, mais Folliculine nettement augmentée.

Le 3.3.1961, les métrorragies persistent.

A l'examen, on note toujours une augmentation de volume de l'utérus, qui remonte jusqu'à l'ombilic. La palpation de cet utérus ne révèle la présence d'aucune partie foetale. L'auscultation est négative. Par ailleurs on ne perçoit pas d'annexe.

- Le 8.3.1961, on fait titrer de nouveau les prolans : 50.000 Unités-Lapine.

- Le 10.3.1961, survient brutalement une hémorragie abondante qui impose l'évacuation utérine par curage digital. La réanimation doit s'aider de 500 g de sang. L'évacuation utérine a ramené la totalité d'un placenta d'aspect molaire.

Les suites immédiates sont simples .

- Le 17.3.1961, l'examen physique note à gauche la présence d'un kyste lutéinique de la taille d'une mandarine.

- Les règles apparaissent de nouveau le 2.4.61 prolongées, pas très abondantes. Le saignement reprend du 25.4.1961 au 10.5.1961.

- Le 12.5.1961, l'examen clinique ne révèle rien d'anormal. Les 2 ovaires sont perçus comme normaux.

- La malade a quitté Paris, ne s'est plus représentée dans le service.

Le 26.2.1964, on apprend qu'elle a eu un enfant, bien portant, en 1962, qu'actuellement elle va bien.

Elle est considérée comme guérie.

OBSERVATION N° 6

Madame DAI... Réjane, âgée de 26 ans, consulte dans le service pour des métrorragies au cours de la grossesse.

Aucun antécédent obstétrical.

Histoire actuelle :

Dernières règles le 28.7.1961. Le début de la grossesse n'est marqué par aucun des signes dits "sympathiques" de la grossesse. Mais, dès la 6e semaine, commencent d'apparaître des métrorragies.

On pense alors à une menace d'avortement simple et l'on fait pratiquer des dosages hormonaux.

Le 6.10.1961 à la 8e semaine :

volume urinaire	530 cc/24 h.
créatinine	0,87 g/24 h
prégnandiol	7,8 mg/24 h
folliculine	135 μ g/24 h
I7 céto-stéroïdes	14 mg/24 h

Le 10.10.1961 un dosage des prolans montre un titre à 10.000 U.L.

Le 24.10.1961, on fait pratiquer un nouveau bilan hormonal, à la 11e semaine :

volume urinaire	540 cc/24 h
créatinine	0,73 g/24 h
pregnandiol	13,6 mg/24 h
folliculine	265 μ g/24 h

Le 28.10.1961, à la 11e semaine également un nouveau dosage des prolans montre un titre à 1 million d'unités-Lapine.

Le même examen est répété le 17.11.1961 qui montre toujours un titre élevé à 1 million d'Unités-Lapine.

On considère alors le diagnostic de môle comme très probable.

Nouveau bilan hormonal à la 16e semaine :

volume urinaire	1200 cc/24 h
créatinine	1,09 g/24 h
GBS 13	69 mg/24 h
prégnandiol	31,7 mg/24 h
folliculine	600 μ g/24 h

Conclusion du Pr. JAYLE :

" La valeur faible des prolans est un argument en faveur du diagnostic de môle. A noter que le taux des stéroïdes neutres est élevé sans qu'on puisse accorder à ce fait une signification particulière".

- On décide d'attendre.

- Le 11.11.61, se produit l'expulsion spontanée d'une môle. On pratique une révision utérine par curage digital. Réanimation : 1.000 g de sang.

- Le 15.11.1961, on note que l'involution utérine se fait normalement, mais on constate par ailleurs l'existence de 2 kystes lutéiniques.

- Le 23.11.1961 : Prolans : titre voisin de 50 Unités-Lapine.

- Au cours du mois de décembre 61, la malade présente de petites hémorragies de sang rosé. On note toujours 2 très volumineux kystes ovariens (le kyste droit remontant jusqu'à deux travers de doigts en dessous de l'ombilic).

- Le 4.1.62, apparaissent des règles. Puis la malade continue à perdre. La courbe thermique montre un aspect diphasique normal, avec une nette élévation au 16e jour.

Cliniquement l'examen retrouve un utérus paraissant normal ; le très volumineux kyste de l'ovaire droit persiste ; le kyste de l'ovaire gauche a pratiquement disparu.

- Le 31.1.1962, l'utérus paraît avoir augmenté un peu de volume. Le kyste de l'ovaire gauche a presque complètement disparu ; le kyste de l'ovaire droit persiste, mais a diminué de volume.

- Le 18.1.1962, avaient été pratiqués :

- Un bilan hormonal :

volume urinaire	840 cc/24 h
créatinine	0,94 g/24 h
prégnandiol	11,4 mg/24 h
folliculine	60 μ g/24 h

- Un titrage des prolans : 500 U. Lapine.

Conclusion du Pr. JAYLE :

"Il existe toujours un corps jaune actif qui a l'activité d'un corps jaune gestatif. En outre, le taux des prolans est élevé. S'agit-il d'une dégénérescence de môle ou d'une nouvelle grossesse ? Il faudrait refaire le dosage des prolans".

- Après le mois de janvier 1962, la malade ne se représente plus dans le service.

A consulté en juillet 1963, en ville, un gynécologue, qui a pratiqué un examen gynécologique qui s'est révélé normal et a fait pratiquer un dosage des prolans, qui lui aussi s'est révélé normal.

- Le 25.2.1964, on revoit la malade. Son état est satisfaisant. Elle est enceinte de 1 mois 1/2, la grossesse se déroule jusqu'à maintenant normalement.

Est considérée comme guérie.

OBSERVATION N° 7

Madame TRO..., Marie-Louise, âgée de 20 ans entre dans le service pour des métrorragies au cours de la grossesse.

- Aucun antécédent obstétrical.

Histoire actuelle :

Dernières règles du 10 au 15.11.1960. Les métrorragies ont commencé d'apparaître au début du 3e mois.

A l'entrée le 14.3.61 : l'examen physique note localement : un col fermé ; un utérus correspondant à l'âge de la grossesse, par ailleurs une hyperpilosité pelvienne et thoracique. On porte le diagnostic de menace d'avortement simple, et l'on fait pratiquer un bilan hormonal de grossesse à la 16e semaine :

volume urinaire :	1400 cc/24 h
créatinine	1,02 g/24 h
GBS 13	39 mg/24 h
pregnandiol	21,6 mg/24 h
folliculine	415 μ g/24 h
17 céto-stéroïdes	24,5 mg/24 h

Conclusion du Pr. JAYLE :

" Elimination normale des GBS 13 et du pregnandiol, mais existence d'une insuffisance folliculinique sévère, et d'une hyperandrogénie importante".

- Le 22.3.1961, une môle est expulsée spontanément ; on pratique une révision utérine par curetage.

- Le 15.4.1961, on fait pratiquer un dosage des prolans : moins de 200 unités-lapine.

- Le 21.4.61, on revoit la malade , localement utérus de taille normale un peu mou. Pas de saignement. Ne se représente plus dans le service.

- Le 27.2.1964, on apprend que la malade a eu un enfant, bien portant, en juin 1962, qu'actuellement elle va bien.

Elle est considérée comme guérie.

oOo

OBSERVATION N° 8

Madame RAL... Louise, âgée de 28 ans, consulte pour des métrorragies au cours de la grossesse, au mois de novembre 1955.

Antécédents obstétricaux : 4 grossesses.

Histoire actuelle:

Dernières règles le 10 juillet 1955. Apparition de métrorragies au cours du 3e mois de sa grossesse, métrorragies qui entraînent un état d'anémie assez marqué.

- Des dosages de prolans sont pratiqués précocément :

le 24.9.1955 : 10.000 Unités-lapine.

le 1.10.1955 : 100.000 Unités-lapine.

le 13.10.1955 : 60.000 Unités-Lapine.

Sur ces titres de prolans, on émet fortement l'hypothèse de môle.

Le 14.11.1955, on fait pratiquer un bilan hormonal de grossesse à la 10e semaine :

volume urinaire	950 cc/24 h
créatinine	1,07 g/24 h
GBS 13	42 mg/24 h
pregnandiol	25,8 mg/24 h
17 céto-stéroïdes	4,5 mg/24 h

Conclusion du Pr. JAYLE :

" Le taux des GBS 13 et du pregnandiol est relativement élevé pour une môle ".

On décide d'attendre :

- La malade est hospitalisée au 6e mois de cette grossesse anormale, pour menace d'avortement.

- Le 13.2.1956, on note à l'entrée ; un corps utérin plus petit que celui d'une grossesse de 6 mois (comme 3 mois environ).

Au toucher vaginal le col est perméable à deux doigts, aux deux orifices. Enfin la malade présente des contractions utérines régulières.

- Le 14.2.1962, la malade expulse spontanément une môle.
On pratique une révision utérine par curage digital.

Les suites immédiates sont simples.

- Dans les suites on pratique des dosages des prolans :

le 14.2.1956 à la 5e semaine	: 10 Unités-Lapine
le 16.4.1956 à la 9e semaine	: 10 Unités-Lapine
le 9.5.56 à la 12e semaine	: 2 Unités-Lapine
le 7.6.56 à la 17e semaine	: 3 Unités-Lapine
le 2.1.57 au 11e mois	: 3 Unités-Lapine

La malade est considérée comme guérie.

OBSERVATION N° 9

Madame BAL... Ascension, âgée de 28 ans, consulte dans le service le 25.5.60 pour des métrorragies au cours de la grossesse.

Antécédents obstétricaux : 4 grossesses.

Histoire actuelle :

Dernières règles le 10 janvier 1960. Apparition de métrorragies dès le 10.2.1960. Au moment du 1^{er} examen au spéculum, on note l'existence d'une masse bourgeonnante, saignant au contact, à l'orifice externe du col. On pratique une biopsie. Par ailleurs, rien d'anormal.

La réponse de l'histologiste est la suivante :

" tissu décidual normal".

On fait pratiquer une réaction biologique de grossesse, qui est positive.

- La malade est revue le 17 mai 1960, à 3 mois 1/2 : à l'examen on note un utérus gros, comme celui d'une grossesse de 2 mois et l'existence d'un gros ovaire droit.

On fait pratiquer un bilan hormonal à la 18^e semaine:

volume urinaire	1270 cc/24 h
créatinine	1,05 g/24 h
GBS 13	18 mg/24 h
folliculine	traces
prégnandiол	2,4 mg

" L'absence de folliculine et le taux insignifiant de prégnandiол confirment l'interruption de cette grossesse" (Pr. JAYLE).

On décide d'attendre.

Le 25 mai 1960, la malade est hospitalisée en raison de l'importance et de la persistance des métrorragies.

On décide alors l'évacuation utérine, après pose de lamineaires. Le curetage utérin ramène des débris placentaires d'aspect molaire qui sont confiés à l'anatomo-pathologiste.

- Les suites immédiates sont simples.

- La réponse de l'histologiste, le Dr ORCEL est la suivante :

"Les fragments examinés répondent à des débris placentaires dont les villosités sont très oedémateuses ; certaines sont même complètement distendues par l'oedème et avasculaires ; elles présentent des cavités de désintégration pseudo-kystique. Je pense donc qu'il existe ici des phénomènes de transformation molaire partielle ; mais il semble s'agir d'une môle peu active. Là caduque est presque complètement nécrosée et largement infiltrée d'éléments inflammatoires polymorphes. Aucun signe de malignité sur les coupes examinées".

- Le 30.5.1960, 1 semaine après l'évacuation de la môle, on dose les prolans : moins de 1000 Unités-Lapine.

- Le 28.6.1956, la malade a de nouveau ses règles.

- Le 1.7.60, 5 semaines par l'évacuation nouveau dosage des prolans : moins de 1.000 Unités-Lapine.

- En août 1960, 2 mois 1/2 après l'expulsion molaire, la malade est revue pour des métrorragies . On fait pratiquer une hystérographie qui montre des images anormales de la cavité utérine : images rondes, claires, constantes sur tous les clichés, évoquant l'existence d'un chorio-épithéliome.

La radiographie pulmonaire est normale.

- Le 22 août 1960, on dose les prolans : 500 Unités-Lapine.

- On décide alors de pratiquer une hystérectomie totale avec conservation ovarienne.

Ce qui est fait le 24.8.1960. Les suites opératoires sont normales.

- La pièce opératoire est examinée par le Dr. ORCEL.

" Sur les différents prélèvements du corps, le myomètre apparaît un peu hyperplasique par endroits ; l'endomètre est de type folli-

culinique et il a tendance à pénétrer légèrement, ébauchant une endométriose murale et suscitant vraisemblablement l'hyperplasie myomateuse du muscle.

En un point, j'ai retrouvé, au niveau de l'endomètre un minuscule placard fibrineux en voie de métamorphisme collagène et contenant des éléments cellulaires irréguliers ; ces derniers évoquent des cellules déciduales en voie de régression, avec de gros signes de souffrance nucléaire.

Tout autour existe une infiltration lymphocytaire. Le col présente des lésions de cervicite subaiguë non spécifique diffuse, avec hyperplasie des glandes endo-cervicales. Je n'ai pas relevé de formations môleuses, ni de signes histologiques de malignité sur les coupes examinées".

Le 24.1.1962, la malade est revue. A l'examen on note : le toucher vaginal ne montre rien d'anormal.

- L'examen au spéculum montre l'existence d'un bourgeon sur la cicatrice vaginal, dont on prélève un fragment pour l'examen histologique. A l'examen histologique ce bourgeon se révèle être granulomateux, sans signe de malignité.

- On revoit la malade le 7.2.1962 et le 7.2.1962 : on ne note rien d'anormal.

La malade ne se représente plus à la consultation.

Est considérée comme guérie.

OBSERVATION N° 10

Madame PEN... est adressée pour suspicion de môle.

Enceinte de 2 mois (dernières règles le 17.11.1963.

Le 11.1.64 présente des métrorragies de moyenne abondance, de sang rouge, sans caillots et des douleurs pelviennes modérées.

Le lendemain, consulte un médecin qui conseille le repos et prescrit un traitement par Lutogyl 25 (2 comprimés par jours.)

Néanmoins continue à souffrir et pendant les 15 derniers jours persistent les métrorragies intermittente faites tantôt de sang rouge, tantôt de sang noir.

Hospitalisée en clinique où elle reçoit Buscopan, Ethynyl oes triadiol (2 c/jour) et Lutogyl 25 (1 mg IM/jour).

D'autre part :

- nausées modérées
- seins très douloureux
- pas de signes de toxémie (TA = 10.7)
- pas de signes urinaires
- constipation.

Antécédents :

Gynécologiques : Premières règles à 14 ans, cycle 30 j.

Obstétricaux : primigeste

Médicaux : cuti + après BCG en 1963

A l'examen :

Abdomen souple mais sensible dans son ensemble.

TV : col fermé, postérieur, dur . Corps augmenté de volume, globuleux, dur , sensible . Atteint la région ombilicale. Hauteur utérine 14 cm. Pas de masse annexielle perçue.

On évoque fortement le diagnostic de môle, on fait pratiquer des dosages de prolans, qui confirment le diagnostic :

le 30.1.64 + de 80.000 U-L.

le 3.2.64 + de 50.000 U.L.

Le diagnostic étant affirmé et en raison de l'importance et du retentissement des métrorragies, on décide d'intervenir sur cette môle. On convient alors d'administrer à la malade de l'Endoxan par voire Intra-veineuse dans le but de provoquer l'avortement de la môle, en ayant préalablement diminué l'activité, ce qui espère-t-on réduira le risque hémorragique.

Avant le traitement un hémogramme montre la nécessité d'une transfusion (500 g de sang frais) et un chiffre de globules blancs à 8.000 avec une formule normale.

On administre par perfusion I. V. 100 mg d'Endoxan, 1 fois tous les 2 jours. Au total: 4 perfusions représentant en tout 400 mg de produit.

Le 6.2.64., le lendemain de la 4e perfusion d'Endoxan, l'avortement se produit. Expulsion de nombreux débris molaire s'accompagnant d'un saignement minime.

On pratique une révision utérine puis un curetage à la grosse curette mousse.

L'examen histologique confirme le diagnostic et montre un aspect de môle typique.

Le jour de l'expulsion un dosage des prolans avait été pratiqué, son chiffre était de 60.000 Unités-Lapine.

Les suites immédiates sont très simples. Le saignement disparaît rapidement. Un hémogramme de contrôle montre une baisse légère de globules blancs qui passe de 8.000 à 5.400.

Le 10.2.64, la malade va bien et sort.

Le 29.2.64, un dosage des prolans montre un chiffre entre 500 et 1000 Unités-Lapine. L'examen local ne montre rien d'anormal.

La malade doit revenir régulièrement pour des dosages.

OBSERVATION N° 11

Madame PADO...

La malade âgée de 22 ans entre dans le service le 4.10.63 pour des métrorragies et des vomissements, au cours du 3e mois de la grossesse.

Dernières règles le 3 juin 1963.

Histoire de la maladie :

Dès le début de la grossesse : vomissements importants quotidiens, céphalées, vertiges alors qu'une 1re grossesse, en 1962 s'était passée normalement.

Vers la fin du mois d'août 1963, métrorragies irrégulières dans leur abondance de sang rouge, ne s'accompagnant d'aucun syndrome douloureux, ni autres signes cliniques.

Un médecin est alors consulté qui prescrit le repos et un traitement qu'on ne peut préciser.

Devant la persistance du saignement, la malade se fait hospitaliser à l'hôpital F. Widal le 18.10.1963.

On pratique une réaction de grossesse qui est positive. Les vomissements deviennent plus importants et entraînent une intolérance gastrique absolue.

La malade est hospitalisée dans le service le 4.10.63.

A l'entrée :

Les vomissements ont cessé complètement . Température 37°, TA = 13/9, Coeur : quelques extra-systoles.

TV : utérus de volume beaucoup plus important que ne le laisserait supposer l'âge de la grossesse, sensible.

Par ailleurs l'état général est médiocre, le teint est pâle, cireux, les yeux cernés. On suspecte une môle.

Les dosages des prolans viennent confirmer le diagnostic :

le 4.10.63	+ de 50.000 Unités-Lapine
le 10.10.63	100.000 Unités-Lapine
le 12.10.63	+ de 80.000 Unités-Lapine.

Un bilan hormonal est pratiqué le 8.10.63.

Age de la grossesse : 16 semaines.

volume urinaire	1300 cc/24 h
créatinine	0,75 g/24 h
17 céto-stéroïdes	5,7 mg/24 h
GBS	51,4 mg/24 h
pregnandiol	21 mg/24 h
folliculine	325 μ g/24 h

" Le taux de folliculine est inférieur à la normale, les taux des GBS et du prégnandiol sont dans les limites exigées par l'âge de la grossesse".

Le diagnostic de môle fortement soupçonné par la clinique, étant confirmé par les dosages des prolans, on décide en raison du retentissement toxique important d'intervenir. Afin de hâter l'avortement de la môle, ou tout au moins d'en diminuer l'activité, on décide de pratiquer des perfusions Intra-veineuses d'Endoxan. On administre ainsi 100 mg du produit le 1er jour, 200 mg les 5 jours suivants. La dose totale est de 1200 mg. Le traitement est arrêté le 23.10.63.

Les jours suivants, rien ne se produit.

Le 27.10.63, on décide de poser des lamineuses, le soir même se produit l'expulsion de la môle, qui se fait sans aucun incident hémorragique.

On pratique une révision utérine par curetage à la grosse curette mousse.

L'examen histologique montre un aspect de môle typique.

Les suites immédiates sont simples. Le saignement est nul. L'hémogramme de contrôle pratiqué après le traitement ne montre aucune modification en particulier du nombre des globules blancs.

Le 15.11.63 le taux des prolans est à moins de 1000 Unités-Lapine. On note cependant à ce moment l'existence d'un ovaire droit kystique du volume d'une grosse prune.

Le 27.11.63, l'examen local est normal , les annexes ne sont pas perçues.

Le 5.2.64, les règles sont réapparues. Cliniquement rien d'anormal.

Le 26.2.64, le taux des prolans est à moins de 100 unités. Examen local normal. Le pronostic semble excellent. La malade doit encore revenir pour de nouveaux dosages.

oOo



3e PARTIE

COMMENTAIRES

Après l'exposé des 11 observations rapportées, il nous paraît utile de faire quelques commentaires au sujet de plusieurs ordres de faits.

oOo

CHAPITRE I

GENERALITES

Avant toute chose, nous voulons bien préciser qu'il n'est pas dans notre intention de conclure sur une série limitée comme celle qui est l'objet de cette étude. Nous voulons simplement faire part de réflexions qu'elle nous inspire.

1 - En ce qui concerne l'âge de nos 11 malades, si nous établissons arbitrairement 3 tranches de vie :

- la 1re allant du début de la vie génitale jusqu'à 30 ans .
- la 2e allant de 31 ans à 40 ans.
- la 3e allant de 41 ans à la ménopause.

nous observons plus de la moitié de nos cas dans la 1re tranche (7 cas), le reste se partageant également (4 cas) dans chacune des 2 tranches suivantes .

Nous pourrions être tentés de conclure hâtivement à la plus grande fréquence de la môle chez la femme jeune, si nous ne tenions pas compte de la plus grande fertilité habituelle à cet âge. Bien entendu cette correction est nécessaire. Il n'est pas possible en définitive de conclure à une prédisposition quelconque en raison de l'âge.

2 - En est-il autrement en ce qui concerne la parité ?

Absolument pas. Dans notre série en effet nous observons 3 millipares, 5 pluri-pares, 3 grandes multiplares.

- 3 - Enfin nous notons, que pour chacune de nos malades, la grossesse molaire a été unique, du moins à notre connaissance et jusqu'à ce jour.
- 4 - Pour terminer cet avant-propos, remarquons que ces 11 malades ont été observées pendant une période de 7 années, pendant cette même période dans le même service ont été pratiqués 15.000 accouchements. Ce qui représente une fréquence de :
de 0,7 pour 1000 environ.

oOo

CHAPITRE II

LES FAITS CLINIQUES

Toutes nos malades sont venues consulter parce qu'elles présentaient des métrorragies au cours de la grossesse. En effet, il s'agissait toujours de femmes qui se savaient enceintes et dont l'état avait été le plus souvent confirmé par le médecin traitant.

Ce n'est qu'après un intervalle libre pendant lequel la grossesse avait paru se dérouler normalement que les malades ont présenté des métrorragies, symptôme qui fut toujours le motif de la 1re consultation.

Les métrorragies :

- La date d'apparition de ces métrorragies est variable. Au plus tôt; dès la 3e semaine de la grossesse, dans l'observation n° 9. C'est sans doute rare.

Le plus généralement, dans toutes nos autres observations au cours du 2e ou du 3e mois, dans notre série.

- Quant aux métrorragies, elles-mêmes, on ne peut en distinguer de caractères particuliers.

Leur abondance est variable. Faites indifféremment de sang brun ou rouge, mêlées ou non de caillots, elles ont persisté en abondance moyenne, tout le long de l'évolution molaire dans 6 de nos observations, sans retentir notablement sur l'état général.

Par contre, dans notre observation n° 8 nous avons pu constater un état d'anémie accentué, en relation il est vrai plus avec la persistance qu'avec l'abondance du saignement.

Enfin l'aggravation du saignement a contraint 3 fois, à pratiquer l'évacuation utérine d'urgence, ainsi qu'il est rapporté dans les observations n° 1, n° 5 et n° 9.

Par ailleurs, ces métrorragies, au cours de l'évolution molaire, nous paraissent avoir certain caractères, constamment observés :

- les métrorragies ont toujours été absolument indolores (il n'est évidemment pas question des contractions utérines douloureuses ressenties au moment de l'expulsion spontanée de la môle.
- Elles sont restées constamment insensibles à la thérapeutique, hormonale, hémostatique, anti-spasmodique qu'on a tenté de leur opposer. Il en est de même pour le repos.
- Enfin et surtout le caractère essentiel de ces métrorragies nous apparaît être leur persistance, pendant des semaines, voire des mois.

Premier des signes à apparaître, le seul constant, le saignement est souvent accompagné d'autres signes, dont on peut distinguer deux ordres :

- des signes généraux : asthénie, pâleur, anémie, en relation le plus souvent avec le saignement.

Cependant, pour une de nos malades, observation n° 3, ces signes nous ont paru faire partie plutôt d'un tableau toxique. En effet chez cette malade nous notons au cours du 3e mois des métrorragies peu abondantes, accompagnant des vomissements abondants et répétés, des palpitations, une pâleur accentuée. Une hypertension artérielle modérée à 15-9, mais sans albuminurie.

De même, dans notre observation n° 11, la malade au cours du 3e mois de sa grossesse présente des métrorragies et une intolérance gastrique absolue, qui ne manque pas de retentir notablement sur l'état général. L'intensité des symptômes nécessite l'hospitalisation.

- Des signes physiques. L'examen local apporta des renseignements d'intérêt variable selon les observations.

Eliminons l'observation n° 4, où la première consultation trouve le col largement ouvert et l'avortement molaire en cours.

Dans 4 cas (observations n° 3, n° 4, n° 7, n° 8) à la 1^{re} consultation, l'examen pelvien ne montra rien de particulier : généralement un col utérin fermé, un corps utérin de taille normale par rapport à l'âge présumé de la grossesse.

Par contre dans les autres observations (observations n° 1, n° 2, n° 5, n° 6, n° 9, n° 10 et n° 11), l'attention fut attirée par des modifications essentielle-
ment du volume utérin.

Volume utérin qui parut le plus souvent plus gros que normalement. Ce fut le cas pour l'observation n° 1 où pour une grossesse de 2 mois 1/2, on trouva le fond utérin à l'ombilic.

Pour l'observation n° 5, constatation identique, pour une grossesse de 2 mois 1/2, on trouva un utérus gros comme celui d'une grossesse de 4 mois 1/2.

De même pour les observations n° 6, n° 10 et 11).

A l'opposé, on a constaté un utérus plus petit que normalement par rapport à l'âge de la grossesse.

Dans l'observation n° 2, pour une grossesse de 5 mois 1/2, on trouva un utérus correspondant à une grossesse de 2 mois.

Dans l'observation n° 9, pour une grossesse de 3 mois 1/2, on trouva un utérus de 2 mois environ.

Remarquons, avant d'en avoir terminé avec les signes physiques que dans l'observation n° 9, on constata au cours du 3^e mois de la grossesse molaire l'existence d'un gros ovaire droit. Dans notre série d'observations, c'est la seule constatation d'annexe perçue au cours de l'évolution molaire.

En conclusion de ce chapitre, en ce qui concerne les faits cliniques, on peut dire ceci : on s'est trouvé en présence de femmes enceintes, qui au cours des 3 premiers mois de la grossesse présentaient des métrorragies, tenaces, persistantes, associées parfois à des signes généraux, mais surtout et le plus fréquemment accompagnées de modifications anormales du volume utérin.

Au cours des premières consultations, le diagnostic de môle ne fut pas porté (sauf dans l'observation n° 4, pour les raisons que l'on sait).

Pourquoi ? les raisons en sont, à notre avis, simples :

- du fait de sa rareté relative, on ne pense pas souvent au diagnostic de môle.

- Les métrorragies qui constituent l'essentiel de la symptomatologie, n'ont rien de spécifique et font plus penser à la menace d'avortement simple, qui est de loin la cause la plus fréquente des métrorragies des premiers mois de la grossesse.

C'est pourquoi l'insuffisance de la clinique a fait chercher des informations supplémentaires dans les examens de laboratoire, auxquels nous consacrons le chapitre suivant.

CHAPITRE III

LES FAITS BIOLOGIQUES

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, le diagnostic le plus souvent porté au cours de l'évolution molaire fut celui de menace d'avortement simple. Nous vous avons dit aussi pourquoi.

C'est pour cette raison et dans le but de déceler une cause endocrinienne à la menace d'avortement que l'on a fait pratiquer des dosages des stéroïdes urinaires, pour 7 de nos malades.

On peut classer les résultats de ces dosages hormonaux en trois groupes :

- 1 - Un groupe où l'on nota une nette insuffisance oestrogénique isolée, avec un taux de pregnandiol normal. Ce fut le cas dans 4 observations (observations n° 2, n° 6, n° 7 et n° 11).
- 2 - Un cas d'insuffisance mixte portant à la fois sur les oestrogènes et le pregnandiol (observation n° 3).
- 3 - Enfin 2 cas où l'on nota une élévation du taux de pregnandiol (observations n° 5 et 8), associée pour 1 seule des 2 observations à une très nette élévation de taux des oestrogènes.

Enfin, il faut remarquer qu'en ce qui concerne le taux des 17 céto-stéroïdes, celui-ci fut retrouvé normal, 6 fois sur 7, Une seule fois (observation n° 7) on nota une élévation de ce taux.

Que peut-on conclure de ces dosages hormonaux ?

Il faut bien le reconnaître, leurs résultats n'ont pas fait avancer le diagnostic. En effet, on savait par la clinique que la grossesse

évaluait anormalement. L'étude des stéroïdes urinaires, montra dans 5 de nos observations un abaissement des oestrogènes isolé ou associé à un abaissement du prégnandioli. C'est là un fait banal que l'on retrouve dans de nombreuses menaces d'avortement dit endo-crinien.

En ce qui concerne les 2 autres cas où l'on nota, à l'inverse des précédents, une élévation du taux du prégnandioli, il est bien difficile d'en tirer une conclusion pratique.

En résumé, on peut dire que l'étude des stéroïdes urinaires, au cours de l'évolution molaire, ne permet pas de soupçonner, encore moins d'affirmer le diagnostic. Elle permet tout au plus de montrer et de préciser le désordre hormonal de cette grossesse pathologique.

(Cf. tableau p. 61)

Nous le savons, seule l'étude des prolans permet d'affirmer le diagnostic de môle, avant l'expulsion. Mais encore faut-il penser à la pratiquer.

Ce fut le cas dans cinq de nos observations, où la clinique fut suffisamment éloquente pour évoquer le diagnostic. De ces cinq cas, nous pouvons dégager trois possibilités d'interprétation:

1 - La 1re possibilité est illustrée par l'observation n° 5.

A la 7e semaine on trouve un taux de prolans à 15.000 Unités-Lapines ; à la 10e semaine : 50.000 Unités-Lapine. Ces deux taux pouvaient être très bien ceux observés au cours d'une grossesse normale et le diagnostic ne fut pas fait, c'est seulement au moment de l'expulsion molaire que ce fut chose faite.

2 - La 2e possibilité est illustrée par les observations n° 8, n° 10 et n° 11.

- Dans l'observation n° 8 : on pensa à pratiquer les dosages des prolans et l'on obtint les résultats suivants :

à la 4e semaine 10.000 Unités-Lapine
à la 5e semaine 100.000 Unités-Lapine
à la 7e semaine 60.000 Unités-Lapine.

- Dans l'observation n° 10 : on trouve les taux de prolans suivants :

à la 8e semaine 80.000 Unités-Lapine
4 jours après 50.000 Unités-Lapine
3 jours après 60.000 Unités-Lapine

Tableau des dosages des stéroïdes urinaires pratiqués au cours de l'évolution molaire.

Observation	Date en semaines	Prégnandioli	Oestrogènes	17 Céto-St.
2 Mme JOUR...	12e semaine	Normal	Très abaissés	Normaux
3 Mme ROU...	18e semaine	légèrement abaissé	Très abaissés	
5 Mme Van G...	22e semaine	très abaissé	Très abaissés	
6 Mme DAI...	7e semaine	légèrement augmenté	Très augmentés	Normaux
	8e semaine	Normal	Normaux	Normaux
	11e semaine	Normal	Un peu abaissés	
7 Mme TRO...	16e semaine	Normal	Très abaissés	
8 Mme RAL...	16e semaine	Normal	Très abaissés	Augmentés
	10e semaine	Augmenté		Normaux
11 Mme PAD...	14e semaine	Normal	Abaissés	Normaux

- Dans l'observation n° 11, on trouva les taux de prolans suivants :

à 3 mois 1/2	50.000 Unités-Lapine
6 jours après	100.000 Unités-Lapine
3 jours après	80.000 Unités-Lapine

Dans ces trois observations, où le diagnostic exact fut fait grâce au dosage des prolans, il faut noter la nette élévation du taux des prolans au-dessus du chiffre limite de 60.000 Unités considéré comme normal. 2 fois à 100.000 unités, 1 fois à 80.000 Unités.

Remarquons aussi, et cela semble avoir une très grande importance, la variation rapide de ce taux de prolans à des examens répétés. Cette variation brutale, qui peut avoir une amplitude considérable semble tout à fait caractéristique de l'affection molaire et son observation dans des cas douteux, peut permettre le diagnostic.

3 - La 3e possibilité est illustrée par l'observation n° 6 où le diagnostic s'impose d'emblée, sans discussion. Les dosages sont pratiqués et leurs résultats sont les suivants:

à la 9e semaine	10.000 Unités-Lapine
à la 11e semaine	1 million d'Unités-Lapine
à la 14e semaine	1 million d'unités-Lapine.

Là encore nous retrouvons la notion sur laquelle nous insistions plus haut à savoir , la brutale variation du taux des prolans, variation de très grande amplitude puisque l'on passe de 10.000 Unités-Lapine à 1 million d'Unités-Lapine. La constatation d'un tel taux à elle seule impose le diagnostic . Reconnaissons cependant que ce fait n'est pas fréquent du moins dans notre série. Néanmoins, il illustre parfaitement la sécrétion hormonale troublée de la grossesse molaire.

Au total, dans notre série de 11 observations, le diagnostic exact fut porté 4 fois et seulement grâce aux dosages des prolans, Une seule fois l'étude des prolans ne permit pas de conclure.

Il n'en demeure pas moins que le dosage des prolans est l'élément indispensable pour porter le diagnostic de môle avant l'expulsion. Il faudrait à notre avis pratiquer cet examen au cours de chaque grossesse anormale, au même titre que les dosages des stéroïdes urinaires si couramment pratiqués aujourd'hui.

CHAPITRE IV

LA CONDUITE A TENIR PENDANT LA PERIODE PRECEDANT L'EXPULSION MOLAIRE

Nous le savons, grâce aux données confrontées de la clinique et du laboratoire, en ce qui concerne le diagnostic, deux possibilités existent :

- le diagnostic n'est pas fait ou seulement soupçonné.
C'est la situation la plus fréquente dans notre série. Il est bien évident que la seule attitude valable soit d'attendre.

- le diagnostic est certain, et cette certitude repose sur les données cliniques et biologiques dont nous avons exposé les détails ; c'est le cas de nos observations n° 6, n° 10 et n° 11. Dans cette situation deux attitudes sont possibles, et chacune d'elle repose sur des arguments valables.

L'expectative :

On peut en effet estimer que la môle évoluant inéluctablement vers l'expulsion spontanée, il est sage de ne pas précipiter les événements. En effet, il y a certainement une grande différence du point de vue de l'activité de la môle et de sa vitalité, (qui conditionnent avant tout le risque hémorragique) entre la môle en pleine évolution et la môle près de son terme. Le parallèle entre l'avortement banal et l'avortement provoqué est facile à établir, les risques hémorragiques y sont sans commune mesure.

En définitive on peut dire que l'expectative, lorsqu'elle est possible, mais ce n'est pas toujours le cas, est l'attitude logique du thérapeute prudent. Globalement dans notre série de 11 observations, elle fut adoptée 6 fois. Mais cette attitude n'est pas toujours possible ni même souhaitable, c'est-ce qu'illustrent les observations n° 10 et n° 11.

L'attitude active :

Dans ces deux dernières observations, où le diagnostic avait été fait grâce aux dosages des prolans, s'est rapidement posé le problème de l'interruption de la grossesse molaire, du fait de son retentissement sur l'état général de la malade.

Dans l'observation n° 10, le saignement par sa répétition domine la scène clinique.

Dans l'observation n° 11, la grossesse molaire entraîne une impossibilité d'alimentation totale. Dans et l'autre cas l'interruption s'imposait.

Mais souhaitant écarter au maximum le danger hémorragique qu'impliquent souvent les mûles actives (et dans ces deux dernières observations tout laissait penser que c'était le cas) il fut décidé de tenter par des moyens médicaux, de hâter l'expulsion de la mûle, en en diminuant l'activité et la vitalité, et par conséquent d'en réduire le risque hémorragique. C'est dans ce but que l'on utilisa l'Endoxan en perfusion intra-veineuse :

- pour l'observation n° 10 : une perfusion de 100 mg /24 h, 1 fois tous les deux jours. Au total 400 mg administrés en 4 fois. Le lendemain de la dernière perfusion l'expulsion molaire se produit sans incident, en particulier hémorragique. Les suites sont extrêmement simples. Il semble bien que dans ce cas, l'Endoxan ait provoqué l'avortement molaire.

- pour l'observation n° 11, on pratique 5 perfusions : 100 mg le 1er jour, 200 mg les 5 jours suivants. La dose totale est de 1200 mg ; 5 jours après la fin du traitement, l'expulsion ne s'étant pas produite, on pose des lamineurs, ce qui entraîne peu après l'avortement molaire. Cependant on note que l'avortement molaire se déroule sans hémorragie notable et les suites sont très simples.

Que peut-on en conclure ? Bien sûr l'expérience de ces 2 cas est bien trop limitée. Cependant on peut remarquer que si une fois sur les 2 seulement, l'Endoxan a semblé déclencher l'expulsion molaire, dans les 2 cas on peut lui attribuer le mérite d'avoir réduit au minimum le risque hémorragique de l'évacuation utérine.

L'expérience en tous cas, paraît intéressante et demande à être poursuivie.

A ce propos, remarquons encore que le médicament a été très bien supporté et qu'il n'a pas eu de retentissement notable sur les lignées sanguines. Il est vrai que les doses utilisées sont loin d'être aussi importantes que celles habituellement utilisées, dans le domaine carcinologique. Il n'en demeure pas moins que la prudence commande

de pratiquer un hémogramme avant le traitement et d'étudier toute susceptibilité individuelle connue ou prévisible. Après traitement il va de soi qu'il est nécessaire de pratiquer un hémogramme de contrôle.

Enfin, est-il besoin de le souligner, un tel traitement ne peut être prescrit que pour des cas dont le diagnostic est absolument certain. Sinon il est bien évident que l'on s'exposerait à des désastres.

Enfin, il est des cas où l'interruption de la grossesse molaire, qu'on en ait fait ou non le diagnostic, s'impose, du fait de l'importance de l'hémorragie, comme une mesure d'urgence. Là évidemment, il n'y a de place que pour l'évacuation utérine, précédée ou non de pose de lamineaires. Ce fut le cas de 3 de nos observations (observations n° 1, n° 5, n° 9). La fréquence paraît assez grande.

CHAPITRE V

L'AVORTEMENT MOLAIRE

DATE :

Evolution inéluctable de la môle hydatiforme, l'avortement molaire se produit à une date variable de l'évolution molaire. Dans les 6 cas de notre série où il fut possible d'attendre l'expulsion spontanée, celle-ci se produisit 3 fois au cours du 6e mois (observations n° 2, n° 3, n° 8), 2 fois au cours du 3e mois (observations n° 4, n° 6), 1 fois au 4e mois (observation n° 7). Donc pas avant le 3e mois, pas après le 6e mois.

Remarquons à ce sujet que dans les 5 cas où l'on fut contraint d'évacuer l'utérus, on le fit au cours des 3 et 4e mois de l'évolution molaire (observations n° 1, n° 5 et 9, n° 10 et 11).

SES CARACTERES :

Peu différent de l'avortement banal dans son déroulement, l'avortement molaire semble toutefois exposer plus aux complications hémorragiques et imposer plus souvent une réanimation par le sang. C'est ce que l'on observa dans notre observation n° 3 (nécessité d'une transfusion de 500 g de sang) et dans notre observation n° 6 (transfusion de 1000 g de sang).

A fortiori, lorsque le saignement imposa l'évacuation utérine, 3 des 11 observations rapportées, la réanimation par le sang fut nécessaire (transfusion d'un flacon de sang dans les observations n° 1 et 5).

SA THERAPEUTIQUE :

Nous venons de voir la place importante de la réanimation au cours de l'avortement molaire, précisons maintenant les modalités de la thérapeutique appliquée dans notre série.

Il est bien évident que comme tout avortement, l'avortement molaire expose à la rétention et à ses complications. C'est pourquoi, plus encore qu'ailleurs, et nous savons bien pourquoi, il est nécessaire de pratiquer une révision utérine immédiate. Révision utérine que l'on peut pratiquer différemment soit par curage digital simple, soit par curage instrumental, à la grosse curette mousse, soit par les deux procédés successivement.

Il n'est pas dans notre propos de prôner l'une ou l'autre des méthodes. Rappelons simplement la fragilité, classiquement observée des utérus porteurs de môle, c'est à dire que l'évacuation utérine ou la révision doit être faite en douceur par un opérateur prudent. Dans ces conditions, les suites opératoires de la révision utérine sont simples.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Ainsi, dans notre série de 11 observations (où nous incluons volontairement les 3 cas d'évacuation utérine en raison du saignement) furent pratiqués :

- 3 fois un curage digital (observations n° 5, n° 6, n° 8)
- 5 fois un curetage (observations n° 4, n° 7, n° 9, n° 10 et 11)
- 3 fois un curage digital complété par un curetage (observations n° 1, n° 2 et n° 3)

Quelque fut la méthode utilisée, on ne nota aucun incident.

Au traitement chirurgical représenté par la révision utérine doit s'ajouter un traitement médical.

Nous avons parlé au début de ce chapitre de l'importance du traitement correcteur de l'hémorragie (nécessité de transfusion dans 5 de nos 11 observations).

Insistons maintenant sur l'utilité de la prescription systématique d'antibiotiques par voie générale et d'utéro-toniques, dans les jours qui suivent l'avortement molaire. Précautions indispensables qui mettent à l'abri des complications observées jadis. C'est ce qui fut fait dans toutes nos observations : les suites immédiates furent toutes simples.

CHAPITRE VI

LE PROBLEME DES SUITES DE L'AVORTEMENT MOLAIRE

Si la thérapeutique de l'avortement molaire est simple et doit être rigoureuse, moins facile est le problème des suites de l'avortement molaire.

En effet, nous le savons, cette période est dominée par la crainte de voir se développer un chorio-épithéliome. Eventualité peu fréquente, mais d'une extrême gravité.

C'est pourquoi toute femme qui a été porteuse d'une môle, doit être surveillée cliniquement et biologiquement aussi longtemps que toute menace n'est pas écartée.

Notons à cet égard et à propos des malades qu'il nous a été donné d'observer, qu'il est parfois difficile d'obtenir de ces femmes qu'elles se soumettent régulièrement à des examens dont elles ne saisissent pas toujours l'absolue nécessité. C'est ce que malheureusement nous avons eu à déplorer pour certaines de nos malades.

Nous avons exposé plus haut les éléments de la surveillance des suites de l'avortement molaire, rappelons cependant que l'examen et la symptomatologie locales d'une part, et les dosages répétés des prolans revêtent la plus grande importance.

Parmi les 9 premières observations que nous avons rapportées plus haut en détail, nous pouvons distinguer deux modes d'évolution après l'expulsion.

- Les cas simples où l'évolution semble se faire favorablement éventualité heureusement la plus fréquente. On note généralement une bonne impression clinique : utérus et annexes paraissant normaux à l'examen local ; absence de pertes anormales ; mais surtout au point

de vue biologique les titres de prolans, à des dosages répétés sont rassurants.

Pour illustrer ce mode favorable d'emblée il nous paraît bon de nous référer à deux de nos observations.

- Observation n° 1, les dosages pratiqués dans les suites de l'évacuation molaire montrent aux 4e, 6e, 19e jour et à la 5e semaine un titre toujours inférieur à 1000 Unités-Lapine.

- Observation n° 8, les dosages pratiqués dans les suites de l'avortement molaire sont les suivants :

5e semaine 10 Unités-Lapine
 9e semaine 10 Unités-Lapine
 12e semaine 2 Unités-Lapine
 17e semaine 3 Unités-Lapine
 11e mois 3 Unités-Lapine.

- Les cas complexes : Si 6 de nos malades eurent des suites relativement simples, on eut à faire face pour les 3 autres à des problèmes beaucoup plus complexes.

- Observation n° 6 : Le titrage des prolans, avait montré pour cette malade le chiffre très élevé de 1 million d'Unités-Lapine (à deux reprises), avant l'expulsion molaire.

- 15 jours après l'avortement molaire le chiffre des prolans tombe à 50 Unités-Lapine; en même temps on note pour la première fois l'existence de deux volumineux kystes lutéiniques.

- 1 mois après, apparition des métrorragies.

- 2 mois après, ascension de titre des prolans à 500 Unités-Lapine; prégnandiol 11, 4 mg/24 h, folliculine 60 μ g/24 h.

- 2 mois 1/2 après, régression d'un des 2 kystes; persistance de l'autre qui a cependant diminué de volume.

Un tel tableau ne pouvait manquer d'inquiéter. Rappelons qu'il s'agissait d'une femme de 26 ans, sans enfant. La malade ne revient plus consulter. On a appris que 18 mois après l'avortement molaire elle s'est enfin décidée à consulter de nouveau, en ville. Le gynécologue consulté n'a constaté cliniquement rien d'anormal et a fait pratiquer un dosage de prolans qui s'est révélé normal. Guérison.

- Observation n° 3 : Deux mois après l'avortement molaire un dosage des prolans montre un titre élevé à 5000 Unités-Lapine en même temps apparaissent des métrorragies. Il s'agit d'une femme de 43 ans qui a déjà 5 enfants. On décide de pratiquer une hystérectomie totale sans conservation annexe pour suspicion de chorio-épithéliome. A l'intervention on note qu'il n'y a pas de kyste lutéinique.

L'histologie montre qu'il ne s'agit pas d'un chorio-épithéliome mais des résidus d'un chorio-adénome destruens ou môle invasive.

5 mois après l'hystérectomie le taux de prolans est inférieur à 1000 Unités lapine.

Guérison.

- Observation n° 9 :

Les dosages des prolans pratiqués après l'évacuation molaire montrent les taux suivants :

1 semaine après moins de 1000 Unités Lapin

5 semaines après moins de 1000 Unités-Lapin.

- 2 mois 1/2 après l'évacuation molaire, apparition de métrorragies. Une hystérogaphie est pratiquée et montre des images de la cavité utérine, suspectes de chorio-épithéliome. En même temps est pratiqué un nouveau dosage des prolans qui montre 1 titre de 500 Unités-Lapine.

Rappelons qu'il s'agit d'une femme âgée de 28 ans, qui a eu 4 enfants.

- On décide de faire une hystérectomie totale avec conservation annexe.

L'histologie montre qu'il ne s'agit pas d'un chorio-épithéliome, qu'il ne s'agit même pas de rétention de vésicules molaires, mais simplement d'une hyperplasie banale du myomètre.

- La malade est revue 5 mois après et 6 mois après l'hystérectomie. On ne note rien d'anormal. Guérison.

En conclusion :

On peut dire que dans la série observée, dans la majorité des cas (6 sur 9) on a pu assister à une évolution d'allure favorable, jugée sur une clinique rassurante, et de taux de prolans, atteignant

rapidement le taux normal et s'y maintenant à des dosages réguliers.

A l'opposé, pour une minorité de cas (3) on eut de légitimes raisons d'être inquiet en raison d'anomalies cliniques et biologiques.

Cliniquement, au premier rang des symptômes on retrouve toujours les métrorragies, réapparaissant rapidement après l'avortement molaire. C'est le signe majeur, celui qui ne doit pas manquer d'éveiller les soupçons.

Biologiquement, évidemment c'est l'étude des prolans qui fournit l'essentiel des renseignements.

Au sujet des 3 cas qui posèrent un problème dans les suites de l'avortement, remarquons tout de suite, que biologiquement dans aucun d'eux, on n'assista à une remontée importante du taux des prolans, qui lorsqu'elle existe permet d'affirmer le développement d'un chorio-épithéliome.

C'est sur des chiffres beaucoup moins importants que l'on dut entamer une discussion diagnostique et thérapeutique. C'est dans ces cas que la confrontation entre la clinique et le laboratoire fut la plus nécessaire.

Ainsi, dans l'observation n° 9, 1 semaine et 5 semaines après l'avortement le taux des prolans est à moins de 1000 Unités-Lapine. Deux mois 1/2 après l'apparition de nouvelles métrorragies inquiète, et le dosage des prolans, qui montre un titre à 500 Unités-lapine, est encore trop élevé pour faire écarter le diagnostic de chorio-épithéliome, d'autant plus qu'une histérogaphie pratiquée à ce moment montre des images suspectes de la cavité utérine.

Rappelons qu'il s'agissait d'une femme âgée de 28 ans, ayant déjà 4 enfants. Une hystérectomie totale, avec conservation annexielle fut pratiquée. L'histologie ne révèle rien en dehors d'une banale hyperplasie du myomètre. L'hystérectomie fut bien sûr inutile, mais il n'était pas permis d'agir autrement.

Pour l'observation n° 3 : deux mois après l'avortement molaire on note une réapparition des métrorragies et un titré de prolans élevé de façon plus nette : 5.000 Unités-Lapine.

Dans ce dernier cas, on pose le diagnostic de chorio-épithéliome probable et l'on pratique une hystérectomie totale sans conservation annexielle. Il s'agissait d'une femme de 43 ans, ayant déjà 5 enfants.

L'histologie démentit fort heureusement la crainte que l'on avait, il s'agissait en effet d'une rétention des vésicules d'une môle invasive. L'hystérectomie fut sans doute inutile. Mais les résidus molaires laissés en place n'auraient-ils pas constitué un danger plus réel ? Quoi qu'il en soit, nous considérons que l'attitude active et prudente adoptée dans ce cas était légitime.

Pour l'observation n° 6 : 15 jours après l'avortement, le taux des prolans est à 50 Unités lapin (alors que le titre pratiqué au cours de l'évolution molaire avait atteint 1 million d'unités). Ce chiffre parut rassurant. Mais rapidement on est inquiet par la réapparition de métrorragies et l'apparition de 2 gros kystes lutéiniques.

Deux mois après l'avortement un nouveau titrage montre une nette ascension du taux des prolans qui passe de 50 Unités-Lapine à 500 Unités-Lapine. On note par ailleurs la persistance des métrorragies et le début de régression des kystes lutéiniques. Une telle situation ne pouvait manquer d'inquiéter et de poser un difficile problème de traitement. Les arguments en faveur d'un chorio-épithéliome étaient-ils suffisants pour indiquer l'hystérectomie ? Certes l'élévation du taux de prolans était inquiétante, mais modérée. En effet, 500 Unités Lapine est un chiffre que l'on avait rencontré déjà plusieurs fois au cours d'évolutions favorables.

L'existence de métrorragies n'implique pas obligatoirement, heureusement, l'existence d'une dégénérescence, nous en avons vu 2 exemples plus haut.

Rappelons qu'il s'agissait d'une jeune femme de 26 ans, sans enfant. Ces considérations firent sans doute qu'on décida d'attendre encore un peu et de pratiquer de nouveaux dosages.

C'est à ce moment que la malade décida de ne plus se représenter dans le service. On a appris depuis qu'elle resta plus d'un an sans consulter. Au bout d'un an, elle s'y décida enfin et tous les examens pratiqués alors, y compris le dosage des prolans, furent normaux.

Cette abstention involontaire conduisit donc la malade à la guérison aux moindres frais.

Ces trois dernières observations illustrent bien à notre avis le difficile problème que pose souvent les mûles dans leur suite. Le praticien se trouve partagé entre la crainte de faire trop (une hystérectomie chez une femme jeune sans enfant peut être un drame) et la crainte de laisser passer, en temporisant, la seule chance de guérison d'un chorio-épithéliome, qui reste toujours l'hystérectomie totale précoce.

Il est des cas où les données de la clinique et de laboratoire imposent le traitement chirurgical. Parfois secondairement le traitement radical s'avère avoir été excessif. On peut le regretter, mais on ne doit pas se le reprocher.

A l'opposé, dans les cas douteux et nous savons qu'il sont fréquents, on se doit de multiplier et répéter les examens, afin de trancher rapidement. Si le doute persiste, la prudence commande sans doute l'hystérectomie. Mais peut-être dans certains cas, est-il possible de nuancer les interprétations et de tenir compte du désir ou du non-désir de maternité de la malade.

Si le problème est relativement facile à résoudre chez la grande multipare, il n'en est pas de même et c'est l'évidence chez la jeune femme sans enfant.

Cependant ces prudentes réserves que nous nous permettons d'émettre, ne doivent absolument pas faire perdre de vue un instant le réel et considérable danger de dégénérescence chorio-épithéliomateuse que comporte toute môle. C'est ce souci qui ne doit pas quitter le praticien, tout le long de l'évolution molaire, jusqu'à ce que tout concoure enfin à dissiper valablement cette crainte.

Enfin, avant d'en terminer avec ce chapitre, nous voulons faire une remarque, en ce qui concerne les kystes lutéiniques.

Alors que nous n'avons noté l'existence de kyste lutéinique dans aucune de nos observations, avant l'expulsion molaire, il est remarquable qu'après celle-ci, on ait pu en faire la découverte. C'est le cas de l'observation n° 6 et celui de l'observation n° 5.

Nous ne pouvons en tirer aucune conclusion.

oOo

- Nous n'avons pas voulu citer dans ce chapitre consacré aux suites de l'avortement molaire les 2 dernières observations de notre série (observation n° 10 et n° 11), car elles sont à notre avis encore trop récentes.

Indiquons cependant que jusqu'à maintenant tout permet d'espérer que l'évolution favorable se maintiendra définitivement.

oOo

Au sujet des 9 premières observations rapportées dans ce travail, après un recul de 2 ans 1/2 pour la plus récente et de près de 8 ans pour la plus ancienne, nous faisons les dernières constatations suivantes :

- Aucune de ces 9 malades n'a présenté dans ses suites de chorio-épithéliome.

- Aucune n'a présenté de nouveau une grosse molaire.

- Deux d'entre elles ont eu depuis un enfant et une troisième est actuellement enceinte.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

M. J. VARANGOT

M. G. CORDIER

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

M. J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

Môle hydatiforme: étude biologique

ACOSTA-SISON H. -

Le chorio-épithéliome est-il dû à l'absence d'une substance lytique dans le sang maternel ? - Am. J. Obst. Gyn. , mars 1954, 67, n° 3, 634-638, (Bibliogr.).

ADRIEN J. C. G. -

Intérêt des dosages hormonaux dans la môle hydatiforme. - Thèse, Montpellier, 1954, n° 112.

ALLISON R. M. -

Emploi du test du crapaud mâle dans la recherche de la môle hydatiforme et du chorio-épithéliome. - Am. J. Obst. Gyn., janv. 1956, 71, n° 1, 155-165 (Bibliogr.).

ASCHEIM S. et VARANGOT J. -

Le diagnostic du chorio-épithéliome post-molaire. - Sem. Hôp. Paris, 20 mars 1955, 31, n° 18/2, 1009.

BANSSILLON et al. -

Môle hydatiforme suivie de chorio-épithéliome avec absence ou présence minime d'hormones gonadotropes. - Gyn. Obst. suppl. 1949, 1, n° 2, 146-147.

BARBOSA N. C. -

Test de Mainini et chorio-cancer. - Anais Brasil. Gin., oct. 1950, 15, n° 4, 283-288.

BECKER F. -

Les réactions biologiques de la grossesse dans un cas de chorio-épithéliome métastatisant et destructeur traité par

les RX. - Zbl , Gyn., 1951, 73, n° 8, 825-831. (Bibliogr.).

BELANGER M. et BUTAS N. -

Môles hydatiformes. Etude anatomo-pathologique, clinique , biologique et biochimique. - Laval Méd., juin 1954, 19, n° 6, 779-805 (Bibliogr.).

BLOCH P. -

Au sujet de l'excrétion des gonadotrophines dans la môle hydatiforme et le chorio-épithéliome. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. , Janv. - mars 1956, 8, n° 1, 8-10.

BOLOGNA U. -

Aspects hormonaux de la môle hydatiforme et du chorio-épithéliome. - Clin. Obst. Gyn., av. 1959, 60, n° 2, 65-96 (Bibliogr.), (résumé français).

BOLOGNA U., HECHT-LUCARI G. -

Les caractéristiques clinico-biologiques d'un cas de môle hématurique de Breus (Résumé français). Clin. ost. gin. août 1952, 54, n° 4, 213-227, 5 fig. (très import. Bibliogr.).

BONAFOS M. et GARES R. -

De la valeur diagnostique des examens de laboratoire dans le chorio-épithéliome. - Gynec. Obst. (suppl.), 1951, 3, n° 2, 249.

BOURSIER R. -

Môle hydatiforme avec réaction biologique de la grossesse quantitativement faible. - J. Med. Bordeaux, 15-28 févr. 1943. n° 3-4, 62-63.

BOY J., et CHEYMOL J. -

Action permanente des gonadotrophines molaires sur l'ovaire deux mois après expulsion d'une môle. - Ann. Endocr., 1947, 8, n° 1, 12-16, 5 fig.

BRESSLER R. et FORSYTH R. -

L'activité de l'aminopeptidase de la leucine sérique dans la grossesse normale et chez les malades présentant une môle hydatiforme. - New-England J. Med. , 8 oct. 1959, 261, n° 15, 746-748, 2 tabl. (Bibliogr.).

BRIANT J. A. R. -

A propos de six cas de môle hydatiforme. Intérêt des frottis

III

comparés aux dosages. - Thèse Paris, juin 1952, 126 pp.

BRINDEAU A., HINGLAIS (A. et M.). -

La môle hydatiforme. - Gyn. Obst., (suppl.) 1952, 4, n° 1 bis, 3-36, 25 fig. (15e Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'obstétrique de langue française). - Alger Tunis, 5-10 mai 1952.

BROMBERG Y.M., SALZBERGER M. et ABRAHAMOV A. -

Le type alcalino-résistant d'hémoglobine chez les femmes présentant une grossesse molaire. - Blood, déc. 1957, 12, n° 12, 1122-1124 (Bibliogr.).

BURTHIAULT R., GARMIER R. et FOURNIE G. -

Etude de l'élimination urinaire du prégnañdiol dans la môle hydatiforme et le chorio-épithéliome. - J. Med., Lyon, 20 Janv. 1952, n° 769, 75-78.

CASALTA E. et JULIEN R. -

Môle hydatiforme et réaction de Brouha. - Gynéc. Obst., 1949, 1, n° 5, 529-530.

CORDIER G., HIDDEN F. -

Dégénérescence molaire avec dissociation des signes cliniques et biologiques. - Gynec. Obst., 1952, 4, n° 1, 76-78, 1 fig.

DANEL M. -

Les étapes du diagnostic de la môle hydatiforme et du chorio-épithéliome, discussion de la valeur des épreuves biologiques. - Thèse Lille, 1958, n° 13.

DAVIDENKO A.A. -

Diagnostic hormonal de la môle vésiculaire et du chorio-épithéliome - Akoucherstvo Guinek. (Moscou), 1959, n° 1, 65-68 (Bibliogr.), (résumé anglais).

DECOULX, VERHAEGUE A., CORNILLLOT (Mlle) et VERHAEGUE M. -

Chorio-épithéliome avec vérification hormonale. - Lille Chir., mai-juin 1947, 2, n° 9, 161-165.

DELIGNETTE J. -

Môles hydatiformes accompagnées de kystes lutéiniques (7 observations avec étude particulière de la prégnañdiolurie). - Thèse Lyon, 12 juin 1951, n° 96, 48 pages.

FAUGERE G. -

Grossesse normale à symptomatologie clinique et biologique de môle hydatique. - Gynec. Obst. , 1952, 4, n° 4, 689.

FLYNN J. H. -

Le chorio-épithéliome : analyse de 8 cas observés ces douze dernières années. - New-York State J. Med., 15 nov. 1952, 52 , n° 22, 2771-2777, 4 fig. (bibliogr.).

GARMIER R. et GONNET J. -

Môle hydatiforme avec suites particulièrement troublées du point de vue clinique et hormonal. - Gynec. Obst. (suppl.), 1954, 6 , n° 5, 640-641.

GARMIER R., GONNET J., FOURNIE G. et REBOUL J. -

Problèmes thérapeutiques posés par le diagnostic de môle hydatiforme. - J. Méd. Lyon, 20 mai 1958, n° 921, 459-466.

GAULIS G. -

Persistance anormale de la réaction biologique choriale après môle. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., janv.-mars 1956, 8 , n° 1, 10-12.

GENELL, SUNE. -

Valeur du diagnostic hormonal de la môle hydatiforme et du chorio-épithéliome. - Acta Obst. Gyn. Scand., 1946, XXVI, n° 4, 555-564 -(Bibliogr.).

GITMAN L. et al. -

Essais hormonaux sur un cas de môle hydatiforme. - Am. J. Obst. Gyn. , Juil. 1949, 58, n° 1, 171-175, 3 fig. (Bibliogr.).

HINGLAIS (H. et M.). -

Application de la méthode de la courbe hormonale de Brindeau-Hinglais dans un cas de chorio-épithéliome féminin à évolution fatale. - Ann. endocr., 1948, 9, n° 2, 171-177, 1 fig.

HINGLAIS (H. et M.). -

Faits nouveaux concernant le chorio-épithéliome malin post-molaire (hétéro-trophoblastome, gravidique malin). Preuves biologiques de la généralisation métastatique constante d'emblée et données nouvelles dans le problème de la guérison spontanée de ce type de tumeurs. - Presse méd. 11 oct. 1952, 60, n° 64, 1359-1361 (Bibliogr.).

HINGLAIS H. et HINGLAIS M. -

Faits nouveaux concernant le chorio-épithéliome gravidique (trophoblastome gravidique) et l'étude des facteurs de la malignité. - Preuves biologiques de la tendance métastatique d'emblée des môle hydatiformes banales (trophoblastomes bénins). - Sem. Hôp. Paris, 30 janv. 1953, 29, n° 7, 334-337 (Bibliogr.).

HOBSON B. M. -

L'excrétion de gonadotrophine chorionique dans la grossesse normale et chez la femme porteuse de môle hydatiforme. - J. Obst. Gyn. Brit. Emp., juin 1955, 62, n° 3, 354-363, 9 fig.

HOBSON B. M. -

Nouvelles observations sur l'excrétion des gonadotrophines chorioniques chez la femme porteuse de môle hydatiforme J. - Obst. Gyn. Brit. Emp., av. 1958, 65, n° 2, 253-259 (Bibliogr.).

HOBSON B. M. -

L'excrétion de gonadotrophine chorionique chez les femmes porteuses de chorioadénome et de choriocancer. - J. Obst. Gyn. Brit. Emp., av. 1959, 66, n° 2, 282-287, 3 tabl. 1 fig. (Bibliogr.).

HOHLWEG W., HAHN H. et BRAUN G. -

A propos des possibilités de guérison par les oestrogènes des chorio-épithéliomes malins. - Arch. F. Gyn., 1952, 181, n° 2, 139-152, 9 fig. (Bibliogr.).

HOLMAN A. W. et SCHIRMER E. H. -

Les facteurs du traitement du chorio-épithéliome. - Am. J. Obst. Gyn., av. 1948, 55, n° 4, 629-635 (Bibliogr.).

HUGUENIN R., HINGLAIS H., HINGLAIS M. et ROUJEAU J. -

Evolution d'un chorio-épithéliome de l'utérus sous surveillance hormonale. Influences thérapeutiques. Disparition transitoire de métastases pulmonaires. - Bull. Ass. Franç. Et. Cancer, 1951, 38, n° 2, 177-191 (Bibliogr.), 10 fig.

HUGUES E. C., NESS A. W. van, et LLOYD Ch. W. -

Rapport de l'endomètre du développement chorio-placentaire et du débit gonadotrophique de celui-ci. - Am. J. Obst. Gyn., sept. 1950, 60, n° 3, 575-585, 9 fig. (bibliogr.).

KUSS B. -

Un cas de métastase cérébrale de chorioépithéliome avec réaction d'Ascheim-Zondek négative. Zbl. Neuro-Chir., 1951, 11, n° 3, 165-171 (Bibliogr.).

LAGACHE G. -

Un cas de chorio-épithélium dépisté par les réactions biologiques. - Gynéc. Obst., 1951, 3, n° 4, 641-642, 1 fig.

LEON J. - Môle hydatiforme suivie de chorioépithéliome - Incertitude des réactions biologiques. - C.R. Soc. franç. Gyn. Fév. 1949, 19, n° 2, 44-47, 2 fig.

LOCHMANN H. -

Observations cliniques et hormonales d'un chorio-épithéliome extra-génital chez un homme. - Langenbecks, Arch. Klin. Chir., 1955, 280, n° 2, 190-195 (Bibliogr.).

MINET P., SOULARY C. et BENOIT M. -

Importance du dosage hormonal dans l'évolution de la môle hydatiforme. - Gynéc. Obst., 1951, 3, n° 4, 638-640.

MOTIN J. -

Problèmes thérapeutiques posés par la persistance d'une gonadotrophinémie dans les suites des môles hydatiformes (Etude de 8 observations). (Thèse, Lyon, 1959, 54 pages). - Lyon méd., 13 mars 1960, 92, n° 11, 743.

MOULONGUET P. -

Corps jaune de grossesse persistant dans un chorio-épithélioma atypique. - Ann. Endocr., 1943, 4, n° 3, 182-187, 3 fig.

NOTTER A. et FOURNIE G. -

Môle térébrante avec volumineux ovaires polykystiques ayant imposé l'hystérectomie deux mois après l'avortement molaire (Etude clinique, biologique et histologique). - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., nov.-déc. 1957, 9, n° 5, 590.

PALLIEZ R., GERNEZ L. et COTTEEL P. -

Observation d'un chorio-épithéliome malin diagnostiqué par bufo-réaction. - Bull. Ass. Gyn. Obst., 1950, 2, n° 1, 80.

PALLIEZ R., GERNEZ L., COTTEEL P. et DELECOUR. -

La bufo-réaction dans le diagnostic précoce de grossesses molaires. - Bull. Ass. Gyn. obst. 1950, 2, n° 1, 80.

PAYNE FRANKLIN L. -

Etudes hormonales en présence d'un môle hydatiforme et d'une chorio-épithéliome. - Surg. Gyn. Obst., vol. 73, n° 1, juil. 41, pp. 86-95, 5 fig. (Bibliogr.).

PIGEAUD H. -

La prégnandiolurie au cours de l'évolution des môles hydatiformes et dans leurs suites. - Livre Jubilaire à Amédée Laffont - Encyclopédie médico-chirurgicale, 1952, 211-216.

PIGEAUD H. et BURNOD A. -

3 observations de môle hydatiforme avec dosages répétés du prégnandiol urinaire. - Gynéc. Obst., 1948, 47, n° 2, 259-260.

PIGEAUD H. et BURTHIAULT R. -

Contribution à l'étude de l'élimination urinaire du prégnandiol dans le môle et dans le chorio-épithéliome. Gynéc. Obst., 1951, 50, n° 4, 341-353 (Bibliogr.).

PIGEAUD H., BURTHIAULT R. et BETHOUX R. -

Trois observations de môles hydatiformes suivies de chorio-épithéliome avec dosage du prégnandiol au cours de l'évolution du chorio-épithéliome et après l'hystérectomie. - Bruxelles Méd., 4 déc. 1949, 29, n° 49, 3532-3534.

PIGEAUD H., DUMONT M. et NEUMANN E. -

Une observation de môle hydatiforme avec persistance pendant trois mois, après l'avortement, d'hormones gonadotropes et de prégnandiol. - Gynéc. Obst., 1952, 4, n° 1, 123.

PIGEAUD H. et GARMIER R. -

Môle suivie de chorio-épithéliome avec prégnandiolurie très basse. - Gynec. Obst., 1952, 4, n° 2, 380-381.

PLOTZ E.J., DAVIS M.E. et EJARQUE P.M. -

Etude du métabolisme hormonal dans le chorio-épithéliome. - Arch. f. Gyn., 1959, 193, 317-322, 6 tabl., 1 fig. (Bibliogr.)

PUGLIELLI M. -

Dosage quantitatif des gonadotrophines chorioniques dans la môle vésiculaire. - Clin. Ost. gin. , juin 1957, 59, n° 3, 150-161 -(Bibliogr.) (résumé français).

RIBEIRO P.B. et FERRARI W. -

Chorioépithéliome. Considérations sur le diagnostic et le traitement. - Rev. Gyn. Obst. , août 1958, 103, n° 2 105-118, 7 fig. 1 parag. 1 tabl. (résumé français).

RICHLI R. -

Un cas de chorio-épithéliome avec réactions biologiques de grossesse paradoxales. - Bull. Ass. Gyn. Obst., 1949, 1, n° 3, 204-205.

RIVIERE M. et CHASTRUSSE L. -

Diagnostic , pronostic et traitement du chorio-épithéliome de l'utérus. - Bordeaux Chir., Janv. 1953, n° 1, 31-39.

RODRIGUES LOPES M.B. et TOBLER A.G.A. -

Problèmes posés par la grossesse molaire et conduite à tenir en face de la transformation chorio-épithéliomateuse. - Rev. Gyn. Obst. mars 1957, 100 , n° 3, 409-418.

SAMOLOWA E.E. -

La réaction biologique sur les grenouilles dans le diagnostic de chorio-épithéliome. - Akoucherstvo Ginek., 1964, n° 2, 35-38. Ann. Endocr. , 1950, 11, n° 6, 664-667 (Bibliogr.).

SCHOPPER W. -

Le chorio-épithéliome (déciduome malin). Etude biologique. - n° 40, 1218-1221, (Bibliogr.).

SCHOPPER W. et BREIDERT G. -

Le diagnostic de chorio-épithéliome après môle hydatiforme. - Münch. med. Wschr., 25 sept. 1959, n° 39, 1689-1691 (Bibliogr.) (Résumé français).

SEGUY J., PRUNIER P. et BAILLY-SALIN (Mlle). -

De l'action folliculo-stimulante sur l'ovaire au cours d'une môle hydatiforme. - Gynec. Obst. août-oct. 1958, 57, n° 5, 490-502 (Bibliogr.).

SEGUY J., ROBEY M. et BELLAIR M. -

Môle hydatiforme. Discordance entre les signes cliniques, hormonaux et cytologiques. - Gynéc. Obst., 1952, 4, n° 1, 78-79.

SEGUY J., GRANJON A. et RIXE. -

Môle hydatiforme. Discordance entre la clinique et le laboratoire. - Gynéc. Obst., 1952, 4, n° 1, 79-80.

TOLAND O. J. -

Môle hydatiforme avec un titre persistant élevé de l'hormone gonadotrope. - Am. J. Obst. Gyn., sept. 1942, 44, n° 3, 502.

TUCHSCHMID G. -

Chorio-épithéliomes : deux cas avec réaction négative d'Aschheim-Zondek (texte français). - Schweiz. Méd. Wschr. 11 déc. 1943, 73, n° 50, 1493-1495 (Bibliogr.).

WEISMAN A. I. et COATES C. W. -

Le diagnostic de la môle hydatiforme par l'épreuve de l'hormone gonadotropique employant la grenouille sud-africaine "xenopus laevis". - J. Clin. Endocrinology. av. 1947, 7, n° 4, 289-292 (Bibliogr.).

WENGER S. Don. -

Le test à la grenouille pour le chorio-épithéliome. - Am. J. Obst. Gyn., juin 1951, 61, n° 6, 1395-1396.

ZILLIACUS H. -

Les corps polysaccharidés dans les villosités choriales normales, la môle hydatique et le chorio-épithéliome en se référant à l'hormone gonadotrope chorionique (en angl., rés. fr.). - Gynaecologia, mars 1953, 135, n° 3, 161-172, 9 fig. (bibliogr.)

ZONDEK Bernard. -

Importance de l'augmentation dans la production et dans la sécrétion d'hormone gonadotrope pour le diagnostic de la môle hydatiforme. - J. Obst. Gyn. Brit. Emp. août 1942, 49, n° 4, 397-411 (Bibliogr.).

Liste complémentaire

ACOSTA-SISON H. -

Highlights of data concerning hydatiform môle and chorio-épithéliome in the orient. - J. Philippine, Med. Ass. , sept. 1957, 33 , n° 9, 669-673.

ACOSTA-SISON H. -

Les modifications de la malignité dans une môle hydatiforme récidivante. - Am. J. Obst. Gyn. , Oct. 1959, 78 , n° 4, 876-877 (Bibliogr.).

ARDIET X. -

A propos de 14 cas de môle hydatiforme rencontrés dans un secteur de Bretagne-Nord. - Thèse Paris, Juin 1953, 63 pp.

BAYER H. -

Môle vésiculaire et fœtus bien développé au sixième mois de la grossesse. - Zbl. Gyn. , 2 mai 1959, 81 , n° 18, 709-713 (Bibliogr.).

BOLOGNA U. -

Aspects hormonaux de la môle hydatiforme et du chorio-épithéliome. - Clin. Ost. Gyn., av. 1959, 60 , n° 2, 65-96 (Bibliogr.), (résumé français).

BRESSLER R. et FORSYTH R. -

L'activité de l'aminopeptidase de la leucine sérique dans la grossesse normale et chez les malades présentant une môle hydatiforme. - New-England. J. Med. , 8 oct. 1959, 261 , n° 15, 746-748, 2 tabl. (Bibliogr.).

BROMBERG Y.M., SALZBERGER M. et ABRAHAMOV A. -

Le type alcalino-résistant d'hémoglobine chez les femmes présentant une grossesse molaire. - Blood, déc. 1957, 12 , n° 12, 1122-1124 (Bibliogr.).

BROWN D.B. -

Un cas de môle hydatiforme coexistant avec un enfant vivant. - J. Obst. Gyn. Brit. En., Juin 1957, 64 , n° 3, 446-447, 2 fig.

CHARVET F. -

Deux observations d'hépatonéphrites liées à l'existence d'une môle hydatiforme. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., av-mai 1957, 9, n° 2, 170-172.

COMBRET C. -

Sur un cas de môle hypertrophique. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. janv.-mars 1959, 11, n° 1, 32.

COSTANTINI O. -

L'utilité de l'examen radiologique de la môle vésiculaire. - Clin. ost. gin., déc. 1958, 60, n° 6, 285-292 (Bibliogr.), (résumé français).

DELALANDE A. -

Grossesse gémellaire bichoriale bivitelline avec dégénérescence molaire d'un des deux placentas. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. nov-déc. 1957, 9, n° 5, 613-614, 1 fig.

DRAC P. et PODLAHA P. -

Existence simultanée d'une môle soufflée et d'un oeuf contenant des jumeaux. - Zbl. Gyn., 18 av. 1959, n° 16, 627-629, 1 fig. (Bibliogr.).

FERNANDES M. et MARQUES C. -

Môle hydatiforme. Quelques-uns de ses problèmes histopathologiques et cliniques. - Rev. Gin. ost. mai 1957, 100, n° 5, 741-756, 13 fig. (Bibliogr.) (Résumé français).

GABRIEL E. et VIARD H. -

Môle hydatiforme compliquée de péritonite de mécanisme complexe : torsion et rupture de kystes lutéiniques et nécrobiose d'un fibrome. Intervention et guérison. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., août-oct. 1959, 11, n° 4, 385.

GARMIER R., GONNET J., FOURNIE G. et REBOUL J. -

Problèmes thérapeutiques posés par le diagnostic de môle hydatiforme. - J. Méd. Lyon, 20 mai 1958, n° 921, 459-466.

GRAUDENZ M.G. -

Môle hydatiforme au début et avortement. - Rev. Gyn. et Obst. Sept. 1957, 101, n° 3, 1195-1206, 11 fig. (Bibliogr.), (résumé français).

HOUEL J.E. et WAHL P. -

Môle atrophique. Difficulté du diagnostic. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. , août-oct. 1959, 11, n° 4, 359.

HUMMEL P., RENAUD R. et WALLERAND R. -

Considérations sur la môle de Breus. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. , janv-mars 1959, 11, n° 1, 56-58.

HUNTER J.S. - JR. -

Traitement de la môle hydatiforme. - Surg. Clin. North Amer. Août 1959, 39, n° 4, 1131-1136 (Bibliogr.).

JACOBSON F. J. et ENZER N. -

Môle hydatiforme avec métastase pulmonaire "bénigne". - Am. J. Obst., oct. 1959, 78, n° 4, 868-875, 8 fig. (Bibliogr.).

LOGAN B.J. et MOTYLOFF L. -

Môle hydatiforme. - Am. J. Obst. Gyn. , mai 1958, 75, n° 5, 1134-1148, 14 fig. (bibliogr.).

MARCUS M.B. et QUATTLEBAUM L. -

Môle hydatiforme récidivante avec éclampsie. Am. J. Obst. Gyn. , oct. 1959, 78, n° 4, 881-883 (Bibliogr.).

NILSSON L. -

La dégénérescence hydatiforme dans les oeufs avortés. Etude histo-pathologique et clinique. - Acta obst. gyn. scand. , 1957 36, suppl. 7, 7-80, 13 fig., 8 tabl. (Bibliogr.).

NOTTER A. et FOURNIER G. -

Môle térébrante avec volumineux ovaires polykystiques ayant imposé l'hystérectomie deux mois après l'avortement molaire (Etude clinique, biologique et histologique). - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., nov-déc. 1957, 9, n° 5, 590.

PACK G.T. -

Môles et mélanomes. - New-York State J. Med., 1 juil. 1959, 59, n° 13, 2602-2605.

PEETERS F. -

Môle disséquante et chorio-épithéliome. 2 cas particuliers - Bruxelles-méd., 14 juillet 1957, 37, n° 29, 1079-1081.

PELLANDA E. B. -

Diagnostic et traitement précoces de la môle hydatiforme. - Rev. Gyn. et Obst., janv. 1959, 53, n° 1, 31-40 (Bibliogr.) (Rés. franç.).

POST S. -

Môle hydatiforme avec éclampsie. - Am. J. Obst. Gyn., Oct. 1959, 78, n° 4, 878-880 (Bibliogr.).

PUGLIELLI M.

Dosage quantitatif des gonadotrophines chorioniques dans la mole vésiculaire. - Clin. ost. gin., juin 1959, 59, n° 3, 150-161 (Bibliogr.) (résumé français).

QUIGLEY J. K. -

Môle hydatiforme et toxémie gravidique. - Am. J. Obst. Gyn. nov. 1957, 74, n° 5, 1059-1061 (Bibliogr.).

RAVINA J. et TOURRIS H. (de) -

Hyperthyroïdie mortelle avec exophtalmie aiguë associée à une môle hydatiforme. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1959, 11, n° 3, 266-267.

SEGUY J. et HERVE R. -

Suites d'un avortement molaire. Discussion d'indication thérapeutique tardive. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., août-oct. 1959, 11, n° 4, 334-339.

SPIELMAN F. -

Môle hydatiforme métastasiante : guérison. - New-York State J. Med., 1er mai 1958, 58, n° 9, 1483-1493, 17 fig. (Bibliogr.)

STOCKLI A. -

Môle vésiculaire destructrice avec invasion de la vessie et de l'urètre droit. - Schweiz. Med. Wschr., 6 déc. 1958, n° 49, 1243-1245, 3 fig. (Bibliogr.).

VERMELIN H., RIBON M. et FACQ J. -

2 observations de môle hydatiforme ; difficultés du diagnostic. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1958, 10, n° 1, 71-73.

Môle hydatiforme récidivante

ACOSTA-SISON H. -

Les modifications de la malignité dans une môle hydatiforme récidivante. - Am. J. Obst. Gyn. oct. 1959, 78, n° 4, 876-877.

CHESLEY L.C. -

La môle hydatiforme. Remarques sur la récédive associée à l'éclampsie. - Am. J. Obst. Gyn., août 1946, 52, 311-320 (Bibliogr.).

LEHNERT K. -

Môle retenue, môle vésiculaire récidivante et chorio-épithéliale (Rés. angl., franç.) - Gynaecologia, av. 1951, 131; n° 4, 242-251, 4 fig. (Bibliogr.)

MARCUS M.B. et QUATTLEBAUM L. -

Môle hydatiforme récidivante avec eclampsie. - Am. J. Obst. Gyn., oct. 1959, 78, n° 4, 881-883 (Bibliogr.)

